

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

ANJA REBOLJ

Izola, 2013

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI
NEGI

THERAPEUTIC COMMUNICATIONS IN HEALTH CARE

Študentka: ANJA REBOLJ

Mentor: doc. dr. KATARINA BABNIK

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2013

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	KOMUNIKACIJA	3
2.1	Osnovni model komunikacijskega sistema	3
2.2	Pogoji komuniciranja	4
2.2.1	Uspešnost komunikacije	5
2.2.2	Moteči dejavniki v besedni komunikaciji	5
2.3	Vrste komunikacije	5
2.3.1	Posredna in neposredna komunikacija	5
2.3.2	Formalna in neformalna komunikacija	6
2.3.3	Enosmerna in dvosmerna komunikacija	7
2.3.4	Besedna in nebesedna komunikacija	8
2.3.5	Osebna in medosebna komunikacija	9
2.4	Povratne informacije	9
3	POMEN KOMUNIKACIJE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE	10
3.1	Terapevtska komunikacija	11
3.2	Značilnosti in vrste terapevtske komunikacije	13
3.2.1	Značilnosti terapevtske komunikacije	13
3.2.2	Metode in tehnike, ki pripomorejo k vzpostavitvi terapevtske komunikacije	13
3.3	NETERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA	15
3.3.1	Vrste neterapevtske komunikacije	16
4	ODNOS MED PROFESIONALNOSTJO IN KOMUNIKACIJO MEDICINSKIH SESTER	17

4.1	Medosebni odnosi v zdravstvenem timu	18
5	METODE DELA.....	20
5.1	Namen, cilj in raziskovalno vprašanje	20
5.2	Vzorec	21
5.3	Raziskovalni instrument	21
5.4	Obdelava podatkov	21
6	REZULTATI.....	22
6.1	Demografski podatki.....	22
6.2	Metode in tehnike terapevtske komunikacije	24
6.3	Pogostost uporabe terapevtske komunikacije	34
6.4	Vplivi na kakovost komunikacije	35
7	RAZPRAVA IN PREVERJANJE HIPOTEZ.....	36
8	ZAKLJUČEK.....	39
9	LITERATURA.....	40
	PRILOGA.....	45

KAZALO SLIK

Slika 1: Komunikacijski model	4
Slika 2: Uporaba tišine kot oblika terapevtske komunikacije.	26
Slika 3: Dajanje priznanj in potrditev.....	26
Slika 4: Prevajanje misli v občutja in občutja v misli.	27
Slika 5: Usmerjanje pacienta k razmišljanju o njegovem zdravstvenem stanju.....	27
Slika 6: Povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim v pogovoru s pacientom.....	28
Slika 7: Odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij.	28
Slika 8: Uporabljanje moraliziranja pri pacientih.....	29
Slika 9: Dajanje lažnih pomiritev pacientom.	29
Slika 10: Uporaba zaprtih vprašanj pri komunikaciji s pacientom.....	30
Slika 11: Zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj.	30
Slika 12: Prekinjajoča vprašanja pri terapevtski komunikaciji.	31
Slika 13: Zaničanje težav pri komunikaciji s pacientom.....	31
Slika 14: Nestrinjanje pri komunikaciji s pacientom.....	32
Slika 15: Uporaba svetovanja pri pacientu.	32
Slika 16: Socializacijski pogovor med komunikacijo s pacientom.	33
Slika 17: Splošna ocena pogostosti uporabe terapevtske komunikacije pri pacientih.	34
Slika 18: Dejavniki, ki najpogosteje vplivajo na kakovost komunikacije oziroma na stopnjo uporabe terapevtske komunikacije.	35

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Spol anketiranih.....	22
Preglednica 2: Starost anketiranih	22
Preglednica 3: Delovna doba – skupna	22
Preglednica 4: Delovna doba – v zdravstvu	23
Preglednica 5: Področje dela	23
Preglednica 6: Izobrazba	23
Preglednica 7: Metode in tehnike terapevtske komunikacije	24
Preglednica 8: Pogostost uporabe terapevtske komunikacije.....	34

POVZETEK

Izhodišča: Komunikacija je eden najpomembnejših elementov v zdravstveni negi. Z uspešno komunikacijo in pravilnim pristopom do pacienta in v samem timu zagotovimo spoštljive in zaupljive odnose. Namen diplomske naloge je s pregledom strokovne literature predstaviti koncept terapevtske komunikacije v zdravstveni negi in z izvedbo empiričnega dela naloge proučiti oblike in metode terapevtske komunikacije, ki jih medicinske sestre uporabljajo. Narejena je bila raziskava, katere cilj je bil ugotoviti pogostost uporabe in zavedanje pomena terapevtske komunikacije v zdravstveni negi. Poleg tega je bilo raziskano tudi, kateri so elementi, ki negativno vplivajo na uspešnost terapevtske komunikacije med medicinsko sestro in pacientom.

Metode: Empirični del temelji na kvantitativni metodologiji. Rezultati so bili pridobljeni z uporabo strukturiranega anketnega vprašalnika v pisni obliki. Anketni vprašalnik temelji na vprašanjih zaprtega tipa in je razdeljen v dva sklopa – prvi zajema demografske podatke, kot so starost, spol, delovne izkušnje in izobrazba, v drugem pa so različna vprašanja s področja terapevtske in neterapevtske komunikacije. Izhodišče za pripravo anketnega vprašalnika je bilo povzeto iz vprašalnika van Servellnove. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno.

Diskusija in zaključki: Rezultati raziskav so pokazali, da se v zdravstveni negi vse pogosteje uporablja terapevtska komunikacija. Vse več se kaže tudi zavedanje, da je komunikacija v zdravstvu pomemben element uspešnega delovanja. Kot težave, ki vplivajo na kakovost komunikacije, so anketirani najpogosteje omenili čas, ki je na voljo za pacienta, sledi preobremenjenost z drugimi aktivnostmi, neustrezni prostori za komunikacijo, pomanjkanje veščin in znanja ustrezne komunikacije, utrujenost in neugodna klima v kolektivu.

Ključne besede: terapevtska komunikacija, neterapevtska komunikacija, pacient, medicinska sestra, profesionalnost.

ABSTRACT

Background: Communication is one of the most important elements in health care. With a successful communication and the correct approach to the patient and the team provide respectful and trustful relations. The purpose of the thesis is an examination of the literature to present the concept of therapeutic communication in health care, as well as through implementation of the empirical part of the examine the functions and methods of therapeutic communication by nurses. The survey was made, whose goal was to determine the frequency of use and awareness of the importance of therapeutic communication in health care. In addition, it has also been studied which are the elements that have a negative impact on the performance of therapeutic communication between nurse and patient.

Methods: The empirical part based on quantitative methodology. The results have been obtained by means of a structured questionnaire in written form. The survey questionnaire is based on issues of the closed type and is divided into two sets- the first covers demographic information such as age, gender, work experience and education. In the second there are different issues from the field of therapeutic and non-therapeutic communication. The starting point for the preparation of the questionnaire was adapted from van Servellen questionnaire. Participation was anonymous and voluntary.

Discussion and conclusions: Results of the research have shown that geriatric increasingly used therapeutic communication. All of the above also shows an awareness that communication in health care is an important element of a successful operation. Such problems, which affect the quality of communications are interviewed frequently mentioned the time that is available for the patient, followed by a preoccupation with other activities, inadequate facilities, lack of communication skills and knowledge of the relevant communications, fatigue and the unfavourable climate in the team.

Keywords: therapeutic communication, non-therapeutic communication, patient, nurse, professionalism.

1 UVOD

[Najpomembnejša stvar pri komunikaciji je slišati tisto, kar ni bilo izrečeno.]

~ Peter Drucker ~

Ljudje kot družbena bitja želimo živeti v socialnih skupnostih, zaradi česar moramo oblikovati odnose različnih oblik skupnega življenja. Kakovostni medsebojni odnosi se gradijo na dobri in uspešni komunikaciji (1).

Primožič (2) navaja, da pomemben vidik posameznikovega življenja predstavlja delovno okolje, kjer z medosebno komunikacijo gradimo bolj ali manj konstruktivne odnose. Mušič (3) pravi, da je vse večji poudarek na timskem delu in sodelovanju z ljudmi z različnih področij, kar pa nas še bolj spodbudi k uporabi uspešnega in pravilnega načina komuniciranja. Prav z zdravstvenega vidika ugotavljamo hiter razvoj v postopkih medicinskega zdravljenja, ki pri nudenju zdravstvene oskrbe zahtevajo timski pristop. Kogovšek (4) je zapisal, da številčnost in raznolikost osebnih mnenj in podatkov nalagata komunikaciji veliko in zahtevno vlogo glede na uspešnost ali neuspešnost sprejemanja odločitev in ukrepov, ki naj bi bili v korist vsem skupinam, uvrščenim v določen sklop. Pri tem odigra govor, kot njena osnovna oblika, glavno vlogo. Človek govori zaradi tega, da DELUJE. To delovanje poteka večsmerno in ne nujno medsebojno pogojeno. Lahko se izraža kot delovanje neposredno na vedenje, na misli, čustva ali na splošno zavest prejemnika sporočila. Govor ima socialni pomen, je sredstvo komuniciranja in to funkcijo v prvi vrsti opravlja z namenom sredstva delovanja, ki ga posamezniki v različnih socialnih sredinah uporabljajo za doseg želenih sprememb pri sogovorniku (učitelj na učenca, starši na otroke, psihologi in medicinsko osebje na pacienta itd.). Pri tem je zelo pomembna spretnost izbire načina besedne komunikacije. Uspešnost govora kot sredstvo delovanja pa ni odvisna samo od govora kot odrejene instrumentalne veščine ali le od sposobnosti, da se na natančen, razumljiv in preprost način posredujejo

osebnostni pogledi in mišljenja, ampak tudi od niza drugih psiholoških faktorjev. Eden od njih je velik poudarek na razumevanju potreb oseb, na katere je govor usmerjen.

Težko si je predstavljati življenje v skupnosti brez komunikacije, pri čemer je v glavni vlogi mišljen (po)govor, ki je temeljna oblika komunikacije v vsakodnevnem skupinskem ali individualnem delovanju in poteka dvosmerno – kot sporočanje in sprejemanje sporočil. Čim bogatejša in natančnejša so sporočila, tem lažja je komunikacija in s tem tudi sprejemanje najprimernejših odločitev (4).

Borak (5) pravi, da je posebna potreba tega procesa, ko gre za večosebno komunikacijo, homogenost tima, ki je pogoj za uspešno notranjo komunikacijo. To pomeni, da bodo vsi člani zdravstvenega tima delovali složno v vseh situacijah. K dobremu sodelovanju z vsemi udeleženci v širšem zdravstvenem timu pa prispeva uspešna zunanja komunikacija, kar je osnovni pogoj za dobro oskrbo bolnikov na vseh ravneh. Škrbinek (6) trdi, da poseben pomen zavzema kakovostni proces terapevtske komunikacije, ki poteka znotraj skupine zdravstvenih delavcev na eni strani ter med bolnikom in terapevtom na drugi strani. Pozitivni in zaupni obojestranski odnos omogoča uspešni izid predhodno sprejetih timskih zaključkov, odločitev in postopkov, ki jih terapevt izvaja kot pomočnik posamezniku (bolniku) in družini v procesu zdravljenja ali preventive. Iz navedenega sledi, da je terapevtska komunikacija osnova vseh dimenzij delovanja zdravstvenega delavca pri vzpostavljanju odnosa z bolnikom in njemu bližnjimi. S tovrstno komunikacijo zdravstveno osebje posreduje informacije in nudi pomoč bolniku pri sprejemanju svojega trenutnega zdravstvenega stanja, izražanju svojih občutkov in čustev, želja in potreb.

2 KOMUNIKACIJA

Beseda komunikacija izvira iz latinščine, natančneje iz latinske besede **communicare**, kar pomeni sporočilo, sporočiti, posvetovati se, vprašati za nasvet in se sporazumeti. Pomeni izmenjavo in posredovanje občutkov, misli, mnenj, podatkov in informacij (7).

Slovar slovenskega knjižnega jezika jo opredeljuje kot: izmenjavati misli, informacije, sporazumevati se (8).

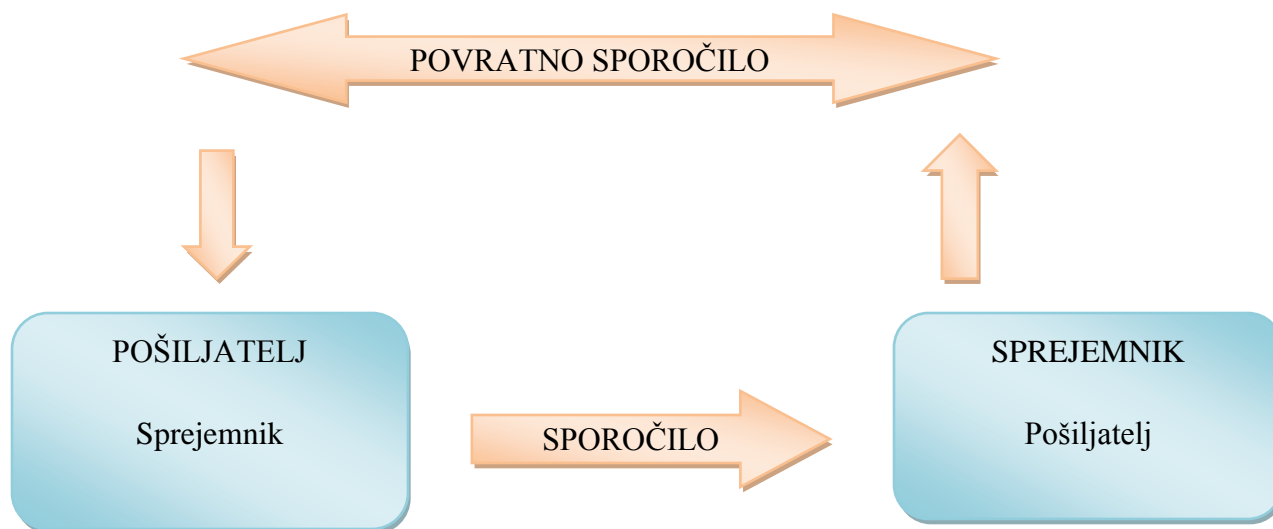
O komunikaciji govorimo takrat, ko sporočilo potuje dvosmerno; od tistega, ki ga oddaja oziroma pošiljatelja, do tistega, ki ga sprejema oziroma prejemnika. Vse to ob pogoju, da prejemnik sporočilo sprejema ter ga besedno in pojmovno razume (6).

Berlogar (9) navaja, da je komunikacija skupni pomen, ki se oblikuje med dvema ali več osebami z uporabo besedne ali nebesedne komunikacije. Je proces interakcije, sodelovanja, v katerem vsakdo hkrati sprejema, pošilja, interpretira ali sklepa (10).

2.1 Osnovni model komunikacijskega sistema

Komunikacija je dinamični in spreminjajoči se proces, ki poteka, medtem ko človek pošilja in sprejema nebesedna in besedna sporočila z namenom razumeti in biti razumljen (11).

Rungapadiachy (10) je zapisal, da se model komunikacije (slika 1) razčleni na osnovne komponente, ki povedo: kdo kaj reče komu (pošiljatelj), kaj reče (sporočilo), kako (po kakšnem kanalu), komu (sprejemnik) in s kakšnim učinkom (odziv).



Slika 1: Komunikacijski model (10)

Učinkovitost komunikacije je odvisna od tega, ali je pošiljateljevo nameravano sporočilo tudi pri prejemniku interpretirano tako, kot je želel pošiljatelj. Pregled delovanja komunikacije nam do določene mere razloži, kako lahko pride do napačne razlage sporočil. Komunikacijski proces določa torej pet sestavin: izvor (od kod pride sporočilo), oddajnik (kdo pošilja sporočilo, ki izhaja iz izvora), signal (kako je sporočilo poslano), prejemnik (kdo sprejeme sporočilo) in cilj (kam gre sporočilo) (10).

2.2 Pogoji komuniciranja

Glavni pogoji uspešnega komuniciranja so sposobnosti, ki jih delimo na: zaznavne sposobnosti (videti, vonjati, slišati, otipati), kognitivne sposobnosti (razum, presoja, mišljenje), vedenjske sposobnosti (vedeti, kaj narediti in reči) in čustvene sposobnosti (empatija, ustrezno čustveno odzivanje) (11).

2.2.1 Uspešnost komunikacije

Avtor poudarja, da je uspešnost komunikacije odvisna od mnogih dejavnikov, na primer: kaj želimo sporočiti, jasnosti in razumljivosti sporočenega, pozornega poslušanja, očesnega stika, prisotnosti vsebinske niti, naravnega pogovornega vedenja, sprejemanja celotne osebnosti sogovornika in pridobivanja ter dajanja povratne informacije (11).

2.2.2 Moteči dejavniki v besedni komunikaciji

Moteči dejavniki, ki negativno vplivajo na besedno komunikacijo, so: uporaba ocen, izkrivljanje besednih sporočil, izpuščanje podatkov, posploševanje, napačna interpretacija sporočila in proces prevajanja misli v besede (11).

2.3 Vrste komunikacije

Poznamo več vrst komunikacije: posredna in neposredna komunikacija, formalna in neformalna komunikacija, enosmerna in dvosmerna komunikacija, medosebna komunikacija, znotrajosebna komunikacija ter besedna in nebesedna komunikacija (10).

2.3.1 Posredna in neposredna komunikacija

Neposredna komunikacija

Neposredna komunikacija poteka med dvema ali več osebami, ki so v tistem trenutku skupaj in med njimi ni nobenega posrednika. Ta oblika komunikacije je praviloma najučinkovitejša, saj dobimo takojšnjo povratno informacijo (12).

Posredna komunikacija

O posredni komunikaciji govorimo takrat, ko obstaja med pošiljateljem in prejemnikom komunikacijski kanal. Znane tovrstne oblike komunikacije so telefonski pogovori, elektronska pošta, dopisovanje. Pri teh oblikah takojšnja povratna informacija praviloma ni mogoča, zato je nekoliko manj učinkovita od neposredne (12).

2.3.2 Formalna in neformalna komunikacija

Formalna komunikacija

Formalno komuniciranje se pojavi znotraj organizacij. Zanj je značilno, da so komunikacijski kanali, oblika sporočil, raven komuniciranja in tudi nekateri drugi faktorji komuniciranja določeni formalno. Za formalno komunikacijo so predpisana določena pravila, po katerih mora to komuniciranje potekati (13).

Neformalna komunikacija

Neformalna komunikacija je temelj medosebnih družbenih odnosov. Pojavlja se v vsaki organizaciji in za razliko od formalne komunikacije ni načrtovana. Vseeno je pomembna, saj se tudi z njo prenašajo pomembne informacije za delovanje organizacije. Neformalna komunikacija se ne ozira na hierarhično strukturo organizacije in tako postavlja mostove, ki povezujejo člane na različnih hierarhičnih nivojih (13).

2.3.3 Enosmerna in dvosmerna komunikacija

Enosmerna komunikacija

Enosmerna komunikacija je tista, pri kateri potuje sporočilo samo v eno smer, to je od oddajnika do sprejemnika (13). Pri tej obliki ne gre za dialog, ni povratne informacije in prejemnik nima vpliva na pošiljatelja. Običajno je usmerjena k posredovanju sporočil večjim skupinam ljudi. Take oblike so vse vrste medijske in množične komunikacijske informacije. Gre za posredovanje v glavnem kratkih, jasnih in preprostih sporočil (14).

Dvosmerna komunikacija

Pri dvosmerni komunikaciji sporočilo potuje v obe smeri. Pošiljatelj svoje misli prevede v kodirano obliko, tj. v ustrezne besedne ali nebesedne znake. Prenos sporočila poteka po komunikacijskem kanalu. Prejemnik sporočilo sprejme s čutilom za dekodiranje poslanih kod, kjer ga prepozna, ga dekodira, interpretira in se nanj odzove. Za povratno informacijo je proces enak. V dvosmerni obliki tako pošiljatelj kot tudi prejemnik odreagirata, se dopolnjujeta, vplivata drug na drugega in se usklajujeta. Ta oblika komunikacije je učinkovita v primerih takojšnjega reševanja neskladij in nesporazumov, pri pojasnjevanju sporočila. Udeleženca nastopata kot enakovredna partnerja, ki izmenjujeta vlogi naslovnika in sprejemnika (14).

2.3.4 Besedna in nebesedna komunikacija

Besedna komunikacija

Besedna komunikacija je tista komunikacija, pri kateri za prenos sporočil uporabljamo besede, ki so sestavni del jezika, ki ga uporabljajo, razumejo in prepoznajo vsi udeleženci komunikacijskega procesa. Besedna komunikacija je lastna samo ljudem in z njo svoje misli preoblikujemo v besede ter jih v tej obliki posredujemo drugim. Čeprav besedni govor vključuje ogromno znakov, vseeno prihaja do nesporazumov zaradi njihovih večpomenskosti. Besede lahko izražamo govorno, pisno ali elektronsko (13). Besedna komunikacija vključuje vse načine, ki temeljijo na govoru kot jeziku v delovanju. Je zelo pomembna za vse ljudi. Sredstva besedne komunikacije so besede, glas in pisni znaki (14).

Nebesedna komunikacija

Nebesedna komunikacija je komunikacija z nebesednimi sredstvi, kot so mimika, slikovne podobe, geste, dotiki. Za razumevanje in oddajanje sporočil v tovrstni komunikaciji je potrebno vključevanje vseh človeških čutov: vida, sluha, vonja, okusa in tipa. Poleg čutov so pomembni še prostor, čas in predmeti (13).

Pogoste oblike nebesednega komuniciranja so besedna intonacija, govorica telesa in dotik. Eden od načinov nebesedne komunikacije je molk, ki je zelo agresiven in je zelo pogosto posledica prepira. Za posredovanje nebesednega sporočila je značilno, da zahteva komunikacijsko bližino oseb in uporabo več kanalov (izraz obraza, ročne kretnje, drža), da je komunikacija usmerjena na vsa čutila.

Nebesedna komunikacija pogosto tudi dopolnjuje besedno. V takem primeru je besedno sporočilo bolj učinkovito (14).

2.3.5 Osebna in medosebna komunikacija

Osebna komunikacija

Je komunikacija, ki se izvaja v nas samih, še preden posredujemo sporočilo drugim. Je zapleten proces notranje predelave informacij v posamezniku in pošiljanja ter sprejemanja sporočil med posamezniki. (14)

Medosebna komunikacija

Je komunikacija, ki poteka med dvema osebama, ki sta v telesnem stiku, pretok informacij pa je dvosmeren. Medosebna komunikacija se odvija v vsakem okolju, značilna je bližina sogovornikov (iz oči v oči). Lahko poteka načrtno, zavestno, z namenom, da bi dobili povratno informacijo med sogovorniki (14). Sestavljena je iz besednega in nebesednega izražanja. O popolni medosebni komunikaciji govorimo takrat, ko je usklajeno tisto, kar govorimo, in tisto, kar sporočamo z nebesednim govorjenjem (15).

2.4 Povratne informacije

Povratna informacija je sporočilo, ki ga prejemnik informacije pošilja nazaj oddajniku. Mora biti vzajemna, kar pomeni, da jo dajemo in jo tudi sprejemamo.

Povratna informacija je učinkovita, če je besedna in jasno izražena, prilagojena osebi, ki ji je namenjena, konkretna, objektivna, iskrena, pravočasna in konstruktivna (12).

3 POMEN KOMUNIKACIJE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Pajnkihar (16) trdi, da je dober terapevtski odnos v procesu zdravljenja in zdravstvene nege temelj uspešne komunikacije, ki kot taka predstavlja proces, v katerega je vključeno skupno doseganje obojestransko zastavljenih ciljev, kar poteka med pacientom in medicinsko sestro, ki sta enakovredna člana le-tega. Pogojni faktorji za naveden uspešni odnos je medsebojno spoštovanje in spoštovanje skupaj sprejetih ukrepov in postopkov zdravljenja. Vse to pa potrebuje čas, kajti ena od značilnosti komunikacije je ta, da gre za osebno izpostavljanje, odprtost in ranljivost, ki vstopa v medosebni odnos z drugo osebo. Vse to narekuje skrbno vodenje medicinske sestre ob zaupanju in spoštovanju bolnika, prepoznavanju in zaupanju njegovih težav, želja in potreb.

Prebil, Mohar in Drobne (7) navajajo, da vsem gradnikom uspešne terapevtske komunikacije botrujejo etnična načela, ki vsebujejo vse splošne bolnikove pravice kot človeka, njegove kulture, starosti, bolezni in želja kot posameznika.

V komunikaciji z bolniki je treba biti pozoren in se izogibati nekaterim pogostim motnjam. Te lahko nastopajo tako na strani sprejemnika kot oddajnika, pri čemer bolnik in medicinska sestra nastopata v obeh vlogah.

Najpogostejše motnje v komunikaciji

Pri medicinskih sestrah najpogostejše motnje v komunikaciji predstavljajo: narobe razumljena navodila, lastna negotovost, strah pred vprašanji bolnika, brezbržnost, podcenjevanje pomena informacij za bolnika, napačne predstave, neurejeno in nejasno govorjenje. Najpogostejše motnje v komunikaciji, ki se pojavljajo pri pacientu pa so: nezmožnost, da bi se izrazil, skrite izjave, strah pred odgovarjanjem, strah pred avtoriteto, napačna pričakovanja, sram, občutki krivde, občutki dolžnosti, depresija in agresija (17).

3.1 Terapevtska komunikacija

Pajnkihar (16) pravi, da terapevtska komunikacija zajema skupno doseganje ciljev, zastavljenih med medicinsko sestro in pacientom kot enakovrednih in aktivnih članov določenega terapevtskega procesa na osnovi medsebojnega spoštovanja. Za vzpostavljanje uspešnega terapevtskega odnosa obstajajo številne tehnike, ki podpirajo in ustvarjajo smisel njunega razmerja. Ena od njih je prav kakovostna terapevtska komunikacija, kot pozitivna v procesu zdravstvene nege, in neterapevtska, kot zaviralni element v odnosih. Uspela komunikacija daje vključenim občutek pripadnosti, lastne pomembnosti, angažiranje za skupni cilj, medtem ko pušča neuspela komunikacija globoko prizadetost, ranjenost posameznikov, še večjo zaprtost in blokado odnosov.

Filipčič (18) trdi, da je terapevtska komunikacija tista, ki izraža podporo, ponuja informacije in odziv, razlaga nerazumljive stvari in vliva upanje. Deluje na tem, da so pacienti slišani in razumljeni, saj se ukvarja z zadovoljevanjem osnovnih človekovih potreb.

Prioriteta terapevtske komunikacije je usmerjenost na pacienta. Definiramo jo lahko tudi kot aktivnost na pacienta, katere cilj je zadovoljevanje pacientovih potreb po zdravstveni negi. Tovrstna komunikacija pacienta in medicinske sestre je za zadnjo ena od bolj zahtevnih komponent njenega poklicnega delovanja (16).

Pomembna naloga terapevtskega pogovora je tudi zgraditi in obdržati odnos terapevt – pacient in oceniti pacienta po njegovi odsotnosti misli, občutkov, obnašanj in izkušenj.

Pogovori s pacienti zahtevajo, da pacient govori o osebnih stvareh, zato je pomembno, da terapevt pridobi zaupanje. To vključuje tudi vzpostavitev »varnega prostora« za pacienta. Podatki iz pogovora odsevajo kontekst pogovora. Pomembno je razumeti, kako pacienti razumejo, sprejemajo in komunicirajo na osnovi določenega konteksta pogovora. Vemo, da pacienti različno reagirajo na različne terapevte. Od tega, kakšen je in kako je videti določen terapevt, je odvisno, kaj in v kolikšni meri mu bo pacient povedal in česar ne. Lahko postanejo nezgovorni, če je vzdušje napeto oziroma ne občutijo dovolj zasebnosti. Reagirajo tudi na neposredne življenjske okoliščine in krize. Nazadnje pacient reagira na terapevtov pristop – poseben način, s katerim terapevt oblikuje vprašanja (18). Pajnkihar (16) opredeljuje, da je v

prvi stik s pacientom vključen cilj takojšnjega pozitivnega stika, v katerem je čas minimalno dan. V drugi fazi se na njegovi pozitivni osnovi postavljajo in povezujejo elementi dobre, uspešne terapevtske komunikacije, ki vključujejo identifikacijo telesnih in čustvenih potreb, obojestranskih pričakovanj, razjasnitev ciljev in pot do le-teh. Nenehno zavedanje ciljev je pogoj za premagovanje različnih ovir v celotnem procesu zdravljenja in vzdrževanja k cilju usmerjene komunikacije.

Za terapevtski pogovor lahko rečemo, da je vzpostavljen z namenom dosega enega ali več ciljev:

- od pacienta pridobiti popoln opis njegovega zdravstvenega stanja,
- zgraditi zaupljivost v medosebnem odnosu, kjer pacient brez težav in sramu govori o sebi,
- zmanjšati vsakršne trenutke čustvene stiske,
- nuditi podporo in tolažbo,
- vzpostaviti seznam pacientovih primarnih in sekundarnih zdravstvenih težav,
- pacienta vključiti v sam proces reševanja težave,
- pripraviti pacienta, da bo zmožen sam upravljati s svojim zdravjem in boleznimi (18).

Namen terapevtske komunikacije

Terapevtsko komunikacijo uporabljamo z namenom, da bi zadovoljili temeljne človekove pravice, vzpostavili učinkovit terapevtski odnos, posredovali informacije, izmenjali misli in občutke, spodbujali pacienta k aktivnemu sodelovanju in vplivali na vedenje pacienta (11).

3.2 Značilnosti in vrste terapevtske komunikacije

Za vzpostavitev terapevtske komunikacije lahko uporabim več vrst vprašanj, odgovorov in pristopov. Posamezni terapevtski pristop oziroma odziv je lahko uporabljen večkrat in ga lahko spreminjamo. Terapevt lahko uporabi določeno vprašanje, ga ponovi, se vrne nanj pozneje oziroma z uporabo kombiniranja različnih tehnik terapevtske komunikacije poizkuša odpreti pacientovo izražanje pri pomembni temi (18).

3.2.1 Značilnosti terapevtske komunikacije

Najpomembnejše značilnosti terapevtske komunikacije delimo na sedem elementov: spoštovanje pacienta – poznavanje in zavedanje pacientovih pravic, zavedanje, da smo ljudje med seboj različni in imamo različne cilje, vrednote, mnenja, empatijo, usmerjenost v pacienta, samorazkrivanje, usmerjenost k cilju, sprejemanje in zaupnost (4).

3.2.2 Metode in tehnike, ki pripomorejo k vzpostavitvi terapevtske komunikacije

Uporaba tišine

Tišina je odsotnost govorjenja. Lahko pomeni različne stvari, najpogosteje pa se interpretira kot strah, jeza, nezainteresiranost, zmedenost, depresija oziroma nesposobnost izražanja občutenj in misli. V terapevtskem odnosu je to obdobje, v katerem zdravstveno osebje čaka, da pacient začne govoriti ali ponovno spregovori. Za tišino štejemo tudi komentarje, kot so mhm, uhu, eee.

Ločimo dva različna tipa tišine (17):

- pacient ali osebje s tišino čaka, da eden od njiju začne govoriti,
- pacient ali osebje preneha govoriti in po premoru pogovor nadaljuje ista oseba.

Tišina se lahko razume kot premor (če traja do štiri sekunde) ali kot medosebni prostor (psihosocialni prostor med dvema posameznikoma, ki se spreminja glede na potek pogovora).

Namen tišine je zagotoviti prostor za ugotavljanje stanja pacienta – besedno in nebesedno stanje, spodbuja pacienta k pogovoru in spodbuja komuniciranje empatije – tišina se dotakne čustev in spodbuja aktivno poslušanje; tišina sporoča pripravljenost poslušanja (18).

Potrjevanje razumevanja

Potrditve dajejo pacientu občutek vrednosti. Dajanje potrditev je pomembno, saj s tem pacientu pokažemo, da ga pozorno in aktivno poslušamo. Aktivno poslušanje olajšuje čustveni odziv na pacienta, saj povečuje verjetnost, da bo zdravstveni delavec usmeril vso svojo pozornost na pacienta. Dajanje potrditev lahko podamo na več načinov: z neposrednim priznanjem, strinjanjem z vsebino, podpornimi odgovori in vprašanji in z izražanjem pozitivnih čustev (17, 18).

Izražanje in povzemanje opažanj

Med pogovorom s pacientom je pomembno vmesno dajanje priznanj, saj s tem pacient dobi občutek pozornosti in pomembnosti. Prav tako pa je pomembno povzemanje opažanj in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobimo med pogovorom, saj s tem medicinska sestra potrdi, kako in kaj je razumela pacienta, pacient pa tako ve, kako ga razume medicinska sestra. Prav pri povzemanju opažanj lahko ugotovimo obojestranske oziroma enostranske nejasnosti, ki pa jih po ugotovitvi odpravimo in s tem omogočimo lažje in bolj razumljivo nadaljevanje pogovora s pacientom in razumevanje njegovega zdravstvenega stanja (17, 18).

Usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju oziroma spodbujanje za samoraziskovanje

Pomembna tehnika pri terapevtski komunikaciji je spodbujanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju. Pacienta je treba spodbujati, da razume in razmišlja o določenem zdravstvenem stanju, išče razloge in rešitve glede tega. Med razmišljanjem se bo pacient lažje soočil z boleznijo oziroma bo iskal čim boljše in čim učinkovitejše rešitve za izboljšanje zdravstvenega stanja. Tehnika pa je pomembna tudi zato, ker z njo vključimo pacienta k sodelovanju v proces zdravstvene nege (18).

Prevajanje misli v občutke in občutke v misli:

Prevajanje misli v občutja in občutja v misli je tehnika, ki je v določeni meri pomembna za medicinsko sestro, saj nam omogoča, da medicinska sestra občuti pacientovo občutje kot izkustvo oziroma se vklopi v čustveno stanje pacienta in pacientova čustva ubesedi (18).

Spodbujanje ocenjevanja in vrednotenja

To je tehnika, s katero medicinska sestra omogoči pacientu, da razmisli in povzame svoje občutke, vrednoti dosežke in si zastavi cilje, ki jih želi doseči v določenem zdravstvenem stanju. S tem spodbudi pacienta, da kritično gleda na situacijo, vidi, kaj je že dosegel in kaj še zmore. To spodbudi pacienta k še bolj učinkovitemu sodelovanju in neposredno k boljšemu izidu zdravstvenega stanja (18).

3.3 NETERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA

Neterapevtska komunikacija bolnikom preprečuje in otežuje, da bi svobodno izražali svoja čustva, občutenje, misli, in preprečuje ustvarjanje pozitivnega, zaupljivega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Zaupljiv in uspešen odnos je pomemben ne samo za pacienta,

temveč tudi za medicinsko sestro, saj tako lažje razume zdravstveno stanje pacienta, njegove potrebe, napredke oziroma pomanjkanje le-teh (19).

3.3.1 Vrste neterapevtske komunikacije

Uporaba neterapevtske komunikacije se pogosto kaže v oblikah, kot so (17, 18, 20):

- moraliziranje: izpostavljanje, da se pacient moti ni v redu,
- lažna podpora,
- kratka vprašanja, na katera lahko odgovorimo v eni ali največ treh besedah,
- povzemanje: načeloma je to za pacienta koristno, vendar če tega ne naredimo prezgodaj,
- stereotipni odgovori: na pacienta lahko naredimo vtis neiskrenosti,
- podcenjevanje: odgovori, ki zmanjšajo resnost pacientove situacije,
- prekinjanje: začenjanje nove teme, preden pacient zaključi svoje misli,
- zanikanje težave: nespoštljiva obravnava pacientovih težav,
- odobravanje in neodobravanje,
- nestrinjanje: odzivi, ki postavijo pacienta proti terapevtu,
- svetovanje: čeprav je dajanje nasvetov velik del terapije, lahko po drugi strani to pripelje do tega, da se pacient čuti nezmožnega nadzora nad lastnim vedenjem in upravljanja samega sebe,
- izzivanje: izzivanje deluje slabo na pacientovo izražanje, saj tako dobi občutek, da se mora dokazovati.

4 ODNOS MED PROFESIONALNOSTJO IN KOMUNICIRANJEM MEDICINSKIH SESTER

Čuk (21) navaja, da je pomemben element delovanja v timu menedžment. To je proces, v katerem skupina ljudi usmerja delovanje drugih ljudi z namenom doseganja skupnih ciljev. Koordinira razpoložljivost vseh virov s procesom načrtovanja, organiziranja, nadzora in vodenja. Menedžment oblikuje učinkovito in spodbujajoče delovno okolje za ljudi v formalnih organizacijskih skupinah in timih. Posamezniku ali skupini pripravlja in omogoča izvajanje storitev z namenom zadovoljstva tako uporabnikov kot tudi izvajalcev zdravstvenih storitev.

Timsko delo je najučinkovitejši in produktivni način vključevanja zaposlenih v organizacijski razvoj (22). Uspešnejši timi so tisti, v katerih znanje, sposobnost in strokovnost posameznih članov presegajo seštevke rezultatov. Pri takem sodelovanju sodelavci v timu delujejo bolje in uspešnejše, prihaja do novih, boljših in inovativnih rešitev in rezultatov (23).

Med člani zdravstvenega tima poteka strokovna komunikacija. To pomeni izmenjavo informacij o procesu zdravljenja in procesu zdravstvene nege pacienta. V zdravstvenem timu se odvijata tudi formalna in neformalna oblika komuniciranja. Med formalno komunikacijo sodijo sestanki v zdravstvenem timu, med neformalno pa drugi pogovori, ki jih imajo zaposleni med seboj (24).

Dobra komunikacija pomeni ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja. Komuniciranje je pomembno, če hočemo, da bolnik sprejme naša navodila in nasvete. Bolezen lahko pogosto obvladamo šele s spremembo bolnikovega načina življenja, s spremembo vsakdanjih navad bolnika, na primer prehranskih, prostoročnih in delovnih. Ti nasveti bodo učinkovali samo, če bo zdravstveni delavec spoznal bolnikov življenjski slog in če bo bolnik spoštoval njegove nasvete (7).

Pogoj za kakovostno delo je ustrezna komunikacija med posamezniki v delovni skupini. Po odnosu komuniciranja z bolnikom so vidni odnosi in komunikacija med zaposlenimi v timu.

Boljša in uspešnejša je komunikacija na vseh ravneh delovanja, bolj varno in učinkovito je delovanje v timu in s tem lažje doseganje uspehov (25).

Za ustvarjanje dobrih odnosov med bolnikom in zdravstvenim osebjem je potrebno ustrezno občutljivo in kompetentno vodenje pogovora z bolnikom, kar zmanjša možnosti za nastanek nesporazumov in motenj v komunikaciji. Kompetentno vodenje pogovora pomeni biti prijazen, skrben, empatičen, znati poslušati bolnika, dajati jasna navodila, ohranjati profesionalno distanco in z bolnikom ne delati rutinsko. Zato je nujno:

- spoznavanje bolnikovega načina življenja,
- spoznavanje bolnikove osebnosti, samopodobe, način odzivanja, soočenja z boleznijo,
- spoznavanje načina, kako je bolnik zbolel,
- pogovarjanje o bolezni, zdravljenju, preventivi in nadaljnjih načrtih (7).

Pomembna je poučenost in učenje oblikovanja odnosov enega z drugim. Poudarjeno je spoštovanje, ki je temeljna vrednota zdravstvene nege, in spoštovanje človekovega dostojanstva (26).

4.1 Medosebni odnosi v zdravstvenem timu

Pomena medosebnih odnosov sta povezanost in pripadnost, ki sta eni temeljnih psiholoških potreb pri človeku (27). Pomembno je, da se zavedamo, da zadevajo prav vsakogar od nas. Tako v zdravstvenem timu kot tudi v zasebnem življenju je pomembno živeti in delati v sožitju z drugimi, saj nam to prinese dobre odnose s soljudmi na vseh področjih delovanja. Dobri odnosi, znanje in komunikacija v zdravstvenem timu so eni temeljnih elementov za uspešno delovanje tima. Pomembna je dobra komunikacija v timu in sprotno reševanje konfliktov, nesoglasij in nasprotujočih si mnenj, ki se pojavljajo v kolektivu. Trenja v timu povzročijo situacijo, v kateri dejanje enega člana tima onemogoča oziroma ovira delovanje drugih članov. Ustrezno in učinkovito reševanje nesoglasij pa pripomore k bolj trdnemu in zanesljivemu odnosu in poveča medsebojno zaupanje.

Za uspešno delo vseh članov tima je izredno pomembno, da zgradijo in negujejo dobre medosebne odnose, imajo zmožnosti in sposobnosti učinkovite komunikacije, so motivirani pri svojem delu in imajo določeno stopnjo čustvene inteligence. Čustvena inteligenca pri ljudeh povzroči zavedanje samih sebe, poznavanje, razumevanje svojih čustev in razpoloženja ter učinkov svojega delovanja na druge ljudi. Zdravstveni delavci, ki so čustveno dovolj inteligentni, so tudi bolj motivirani pri delu, pri vključevanju in sodelovanju v timu ter pri navezovanju družbenih stikov (28).

Pomembno je zavedanje zaposlenih, da so dobri in spoštljivi medosebni odnosi pogoj za zadovoljstvo, osnova za uspešnost, učinkovitost in kakovost v zdravstvenem timu pa pogoj za složno delovanje tima (13, 29). Zato je pomembno, da se zaposleni v timu zavedajo pomena in potreb po razvijanju medsebojnih komunikacijskih veščin, saj je to edina rešitev pri reševanju težav in konfliktov v timu (30).

5 METODE DELA

5.1 Namen, cilj in raziskovalno vprašanje

Namen diplomske naloge je s pregledom strokovne literature predstaviti koncept terapevtske komunikacije v zdravstveni negi in z izvedbo empiričnega dela naloge proučiti oblike in metode terapevtske komunikacije, ki jih medicinske sestre uporabljajo.

Cilji diplomske naloge so:

- predstaviti koncept terapevtske komunikacije v zdravstveni negi,
- s pregledom dosedanjih raziskav predstaviti pomen terapevtske komunikacije za zdravstvene izide in splošno dobro počutje pacientov,
- predstaviti oblike in metode terapevtske in neterapevtske komunikacije v zdravstveni negi,
- proučiti pogostost in oblike uporabe terapevtske komunikacije medicinskih sester pri delu s pacienti na izbranem vzorcu medicinskih sester.

Iz namena in ciljev diplomske naloge bosta v raziskavi preverjeni naslednji delovni hipotezi:

- *Hipoteza 1: Predvidevamo, da večina medicinskih sester pri svojem delu uporablja terapevtsko komunikacijo.*
- *Hipoteza 2: Medicinske sestre razumejo terapevtsko komunikacijo kot pomemben element v zdravstveni negi.*

5.2 Vzorec

Raziskava je bila opravljena na vzorcu 73 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zaposlenih na različnih področjih zdravstvene nege.

5.3 Raziskovalni instrument

Rezultati so bili pridobljeni z uporabo strukturiranega anketnega vprašalnika v pisni obliki. Anketni vprašalnik temelji na vprašanjih zaprtega tipa in je razdeljen v dva sklopa – prvi zajema demografske podatke, kot so starost, spol, delovne izkušnje in izobrazba, v drugem pa so različna vprašanja s področja terapevtske in neterapevtske komunikacije. Izhodišče za pripravo anketnega vprašalnika je bilo povzeto iz vprašalnika van Servellnove (17), v vprašalnik pa so bile dodane oblike terapevtske in neterapevtske komunikacije (18, 19). Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno.

Raziskava je bila opravljena v januarju in februarju leta 2013.

5.4 Obdelava podatkov

Podatki so bili obdelani s programoma SPSS in Microsoft Office Excel 2007. Z zadnjim so obdelani podatki predstavljeni v obliki grafov in tabel.

6 REZULTATI

6.1 Demografski podatki

Iz izpolnjenih anketnih vprašalnikov so bili ugotovljeni naslednji demografski podatki.

Preglednica 1: Spol anketiranih

Spol	Število anketiranih
Moški	14
Ženski	59
Skupaj	73

Vzorec 73 anketiranih (preglednica 1) v večji meri zajema ženske, le-teh je bilo 59 (80,8 %), moških pa 14 (19,2 %).

Preglednica 2: Starost anketiranih

Starost anketiranih	Število anketiranih
Od 20 do 30 let	27
Od 31 do 40 let	22
Od 41 do 50 let	18
Več kot 51 let	6

27 (37,0 %) anketiranih (preglednica 2) je starih do 30 let, 22 (30,1 %) anketiranih je starih do 40 let, 18 (24,7 %) anketiranih je starih do 50 let in 6 (8,2 %) anketiranih je starih več kot 50 let.

Preglednica 3: Delovna doba – skupna

Skupna delovna doba	Število anketiranih
Do 5 let	21
Od 6 do 10 let	14
Od 11 do 20 let	20
Več kot 21 let	18

V skupino do 5 let skupne delovne dobe (preglednica 3) spada 21 (28,8 %) anketiranih, v skupino od 6 do 10 let jih spada 14 (19,2 %), skupne delovne dobe od 11 do 20 let ima 20 (27,4 %) anketiranih, več kot 21 let skupne delovne dobe pa ima 18 (24,7 %) anketiranih.

Preglednica 4: Delovna doba – v zdravstvu

Delovna doba v zdravstvu	Število anketiranih
Do 5 let	22
Od 6 do 10 let	19
Od 11 do 20 let	15
Več kot 21 let	17

V zdravstvu ima (preglednica 4) do 5 let delovne dobe 22 (30,1 %) anketiranih, od 6 do 10 let je ima 19 (26,0 %) anketiranih, od 11 do 20 let je ima 15 (20,5 %) anketiranih, več kot 21 let delovne dobe v zdravstvu pa ima 17 (23,3 %) anketiranih.

Preglednica 5: Področje dela

Nivo dela	Število anketiranih
Primarni nivo dela	20
Sekundarni nivo dela	38
Terciarni nivo dela	15

Na primarnem nivoju zdravstvene dejavnosti dela (preglednica 5) 20 (27,4 %) anketiranih, na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti dela 38 (52,1 %) anketiranih in na terciarnem nivoju dela 15 (20,5 %) anketiranih.

Preglednica 6: Izobrazba

Izobrazba	Število anketiranih
Srednja šola	29
Visoka šola	42
Magisterij	2

Srednješolsko izobrazbo (preglednica 6) ima opravljeno 29 (39,7 %) anketirancev, visokošolsko izobrazbo ima opravljeno 42 (57,5 %) anketirancev, magisterij imata opravljen 2 (2,7 %) anketiranca.

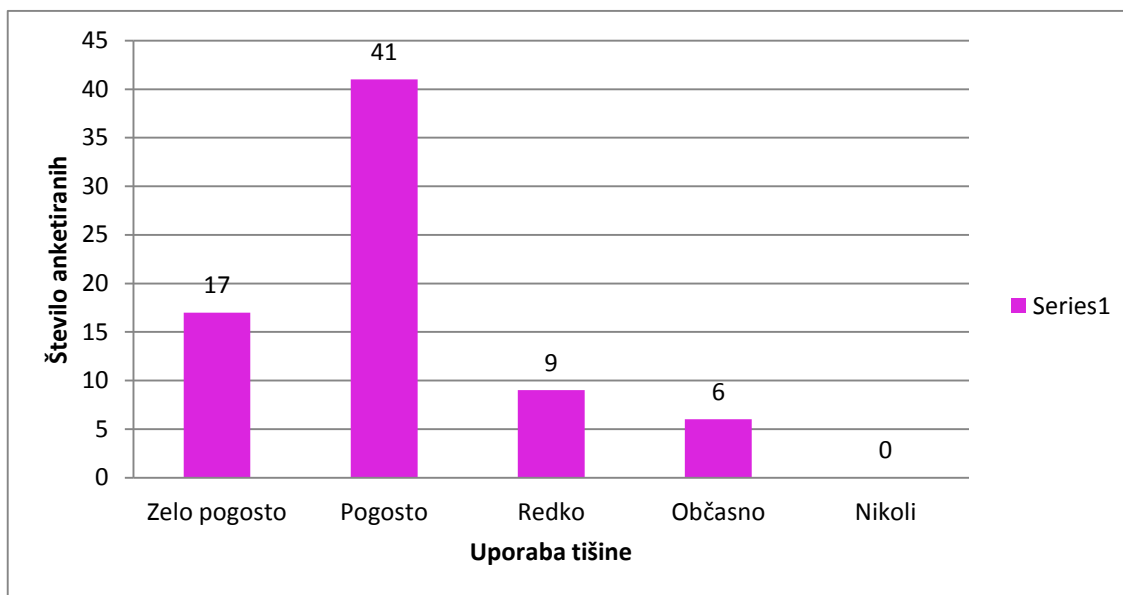
6.2 Metode in tehnike terapevtske komunikacije

Preglednica 7: Metode in tehnike terapevtske komunikacije

Trditve	Aritmetična sredina	Minimum	Maksimum
Tišino kot obliko terapevtske komunikacije uporabljam ...	3,95	2,00	5,00
Dajanje priznanj in potrditev uporabljam ...	4,10	2,00	5,00
Prevajanje misli v občutja in občutja v misli uporabljam ...	3,75	1,00	5,00
Usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju uporabljam ...	4,03	2,00	5,00
Povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim v pogovoru s pacientom, uporabljam ...	4,03	2,00	5,00
Odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij uporabljam ...	3,99	1,00	5,00
Moraliziranje pri pacientih uporabljam ...	2,58	1,00	5,00
Lažne pomiritve pacientom dajem ...	2,32	1,00	5,00
Zaprta vprašanja pri komunikaciji s pacientom uporabljam ...	3,08	1,00	5,00
Zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj uporabljam ...	2,48	1,00	5,00
Prekinjajoča vprašanja pri terapevtski komunikaciji uporabljam ...	1,10	1,00	5,00
Zanikanje težav uporabljam ...	1,71	1,00	4,00
Nestrinjanje pri komunikaciji s pacientom uporabljam ...	2,01	1,00	5,00
Svetovanje pri pacientu uporabljam ...	3,89	1,00	5,00
Socializacijski pogovor med komunikacijo uporabljam ...	2,99	2,00	5,00

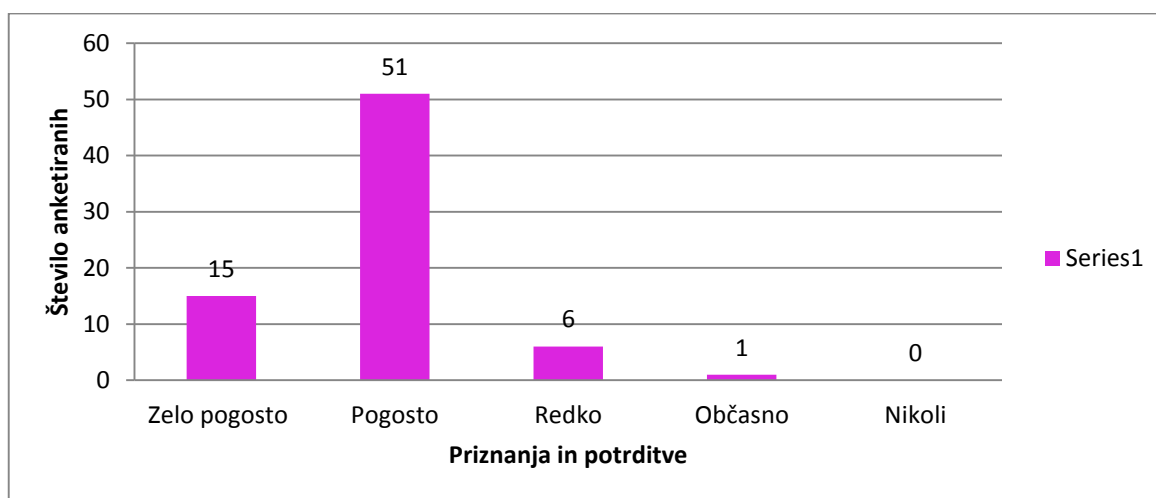
Aritmetična sredina za trditev tišina (preglednica 7) kot oblika terapevtske komunikacije je 3,95, kar pomeni, da je med anketiranimi pogosto uporabljena. Dajanje priznanj in potrditev ima aritmetično sredino 4,10, kar pomeni, da je pogosto uporabljena. Za trditev prevajanje

misli v občutja in občutja v misli lahko rečemo, da je pogosto uporabljena, saj nam to kaže aritmetična sredina 3,75. Usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju nam z aritmetično sredino 4,03 dokazuje, da je pogosto uporabljena. Z aritmetično sredino 4,03 nam tudi trditev povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim pri pogovoru s pacientom, dokazuje, da je pogosto uporabljena. Pri trditvi odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij lahko z aritmetično sredino 3,99 vidimo, da je pogosto uporabljena. Aritmetična sredina 2,58 nam dokazuje, da se moraliziranje pri pacientih uporablja redko. Dajanje lažnih pomiritev pacientom je občasno, kar nam dokazuje aritmetična sredina 2,32. Pri trditvi uporabljanje zaprtih vprašanj pri komunikaciji s pacientom vidimo, da je aritmetična sredina 3,08, kar nam pove, da je uporaba te metode redka. Trditev zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj nam z rezultati aritmetične sredine 2,48 dokazuje, da je uporabljena občasno. Uporaba prekinjajočih vprašanj pri terapevtski komunikaciji je občasna, kar lahko vidimo z aritmetično sredino 2,10. Z rezultatom 1,71 nam aritmetična sredina dokazuje, da je uporaba zanikanja težav občasna. Trditev nestrinjanje pri komunikaciji s pacientom je uporabljena občasno, kar lahko vidimo iz aritmetične sredine 2,01. Svetovanje pri pacientu je uporabljeno pogosto, kar nam dokazuje aritmetična sredina 3,89, in trditev socializacijski pogovor med komunikacijo s pacientom z rezultatom aritmetične sredine 2,99, kar nam pove, da je ta tehnika uporabljena redko.



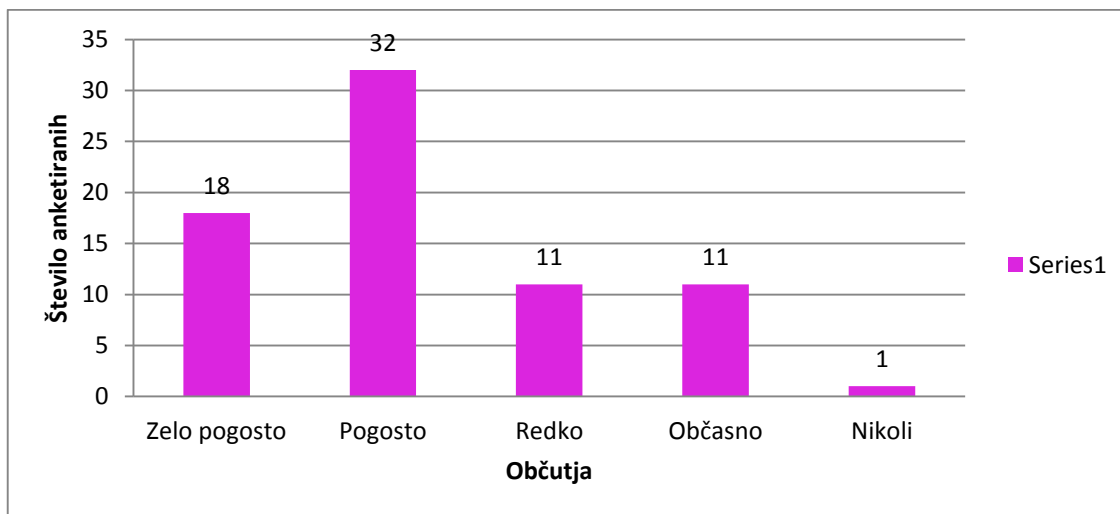
Slika 2: Uporaba tišine kot oblika terapevtske komunikacije.

Tišino kot obliko terapevtske komunikacije (slika 2) zelo pogosto uporablja 17 (23,3 %), pogosto 41 (56,2 %), redko 9 (12,3 %) in občasno 6 (8,2 %) anketiranih.



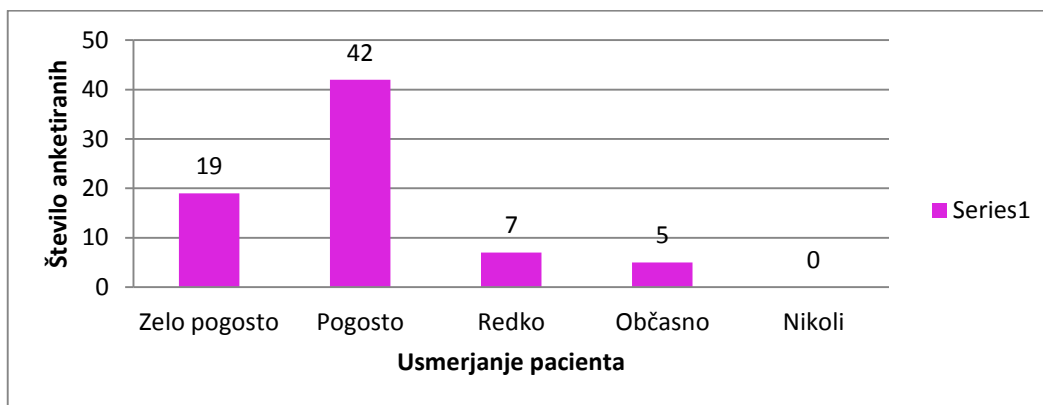
Slika 3: Dajanje priznanj in potrditev.

Zelo pogosto (slika 3) daje priznanja in potrditve pacientom 15 (20,1 %) anketiranih. Pogosto jih daje 51 (69,9 %), redko 6 (8,2 %) in občasno 1 (1,4 %) anketirani.



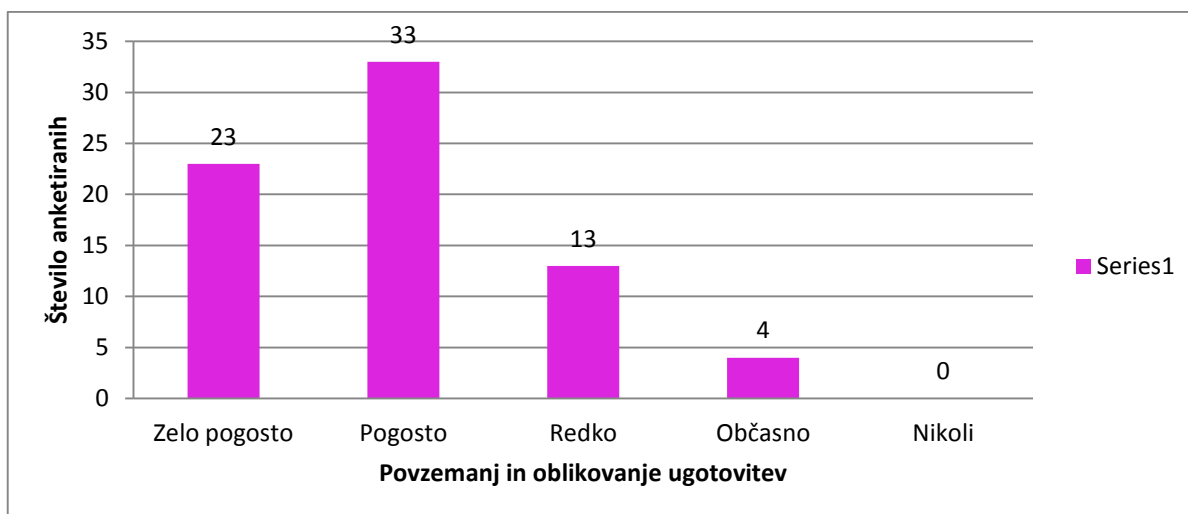
Slika 4: Prevajanje misli v občutja in občutja v misli.

Pri trditvi prevajanje misli v občutja in občutja v misli (slika 4) so nastali naslednji rezultati. Zelo pogosto je obkrožilo 18 (24,7 %) anketiranih, pogosto 32 (43,8 %), redko 11 (15,1 %), občasno 11 (15,1 %) in nikoli 1 (1,4 %).



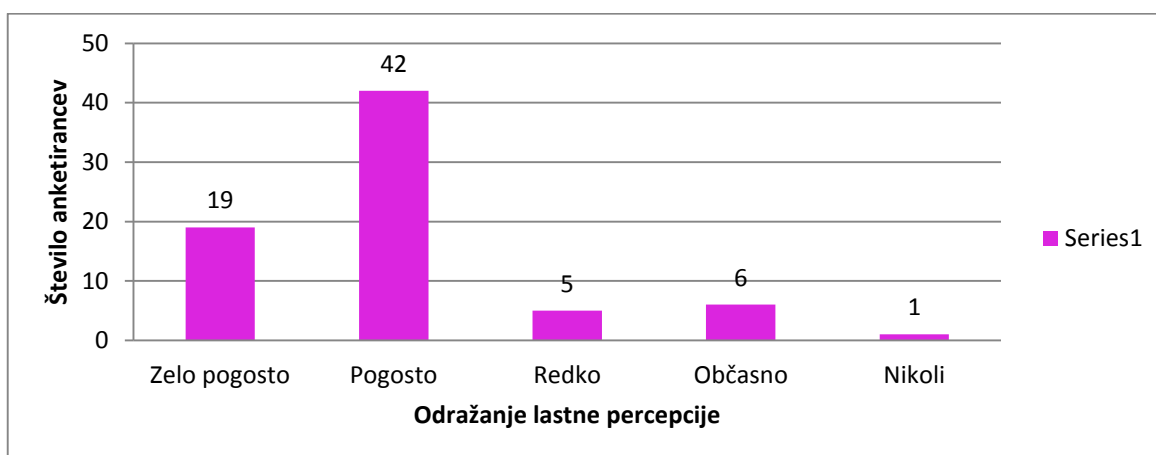
Slika 5: Usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju.

Na vprašanje, kako pogosto usmerjajo pacienta k razmišljanju o zdravstvenem stanju (slika 5), jih je 19 (26,0 %) odgovorilo zelo pogosto, 42 (57,5 %) jih je odgovorilo pogosto, 7 (9,7 %) redko in 5 (6,8 %) občasno.



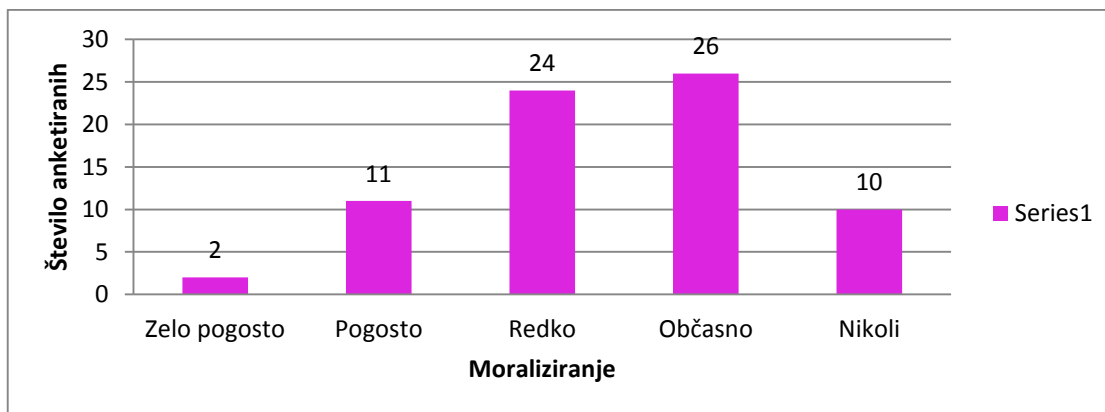
Slika 6: Povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim v pogovoru s pacientom.

Med anketiranimi (slika 6) je 23 (31,5 %) oseb odgovorilo, da zelo pogosto povzemajo in oblikujejo ugotovitve, ki jih pridobijo od pacientov, 33 (45,2 %) oseb to dela pogosto, 13 (17,8 %) redko in 4 (5,5 %) občasno.



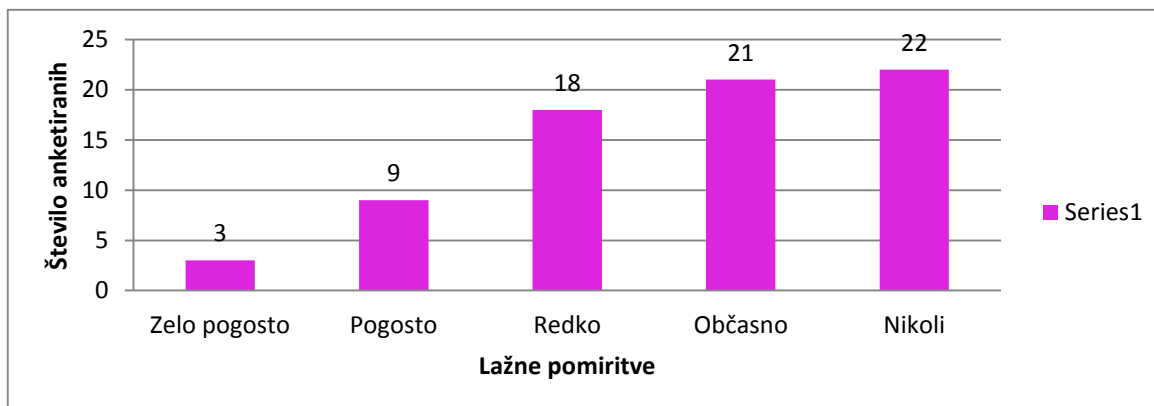
Slika 7: Odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij.

Odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij (slika 7) zelo pogosto uporablja 19 (26,0 %) anketiranih, 42 (57,2 %) jih uporablja pogosto, 5 (6,8 %) redko, 6 (8,2 %) občasno in 1 (1,4 %) nikoli.



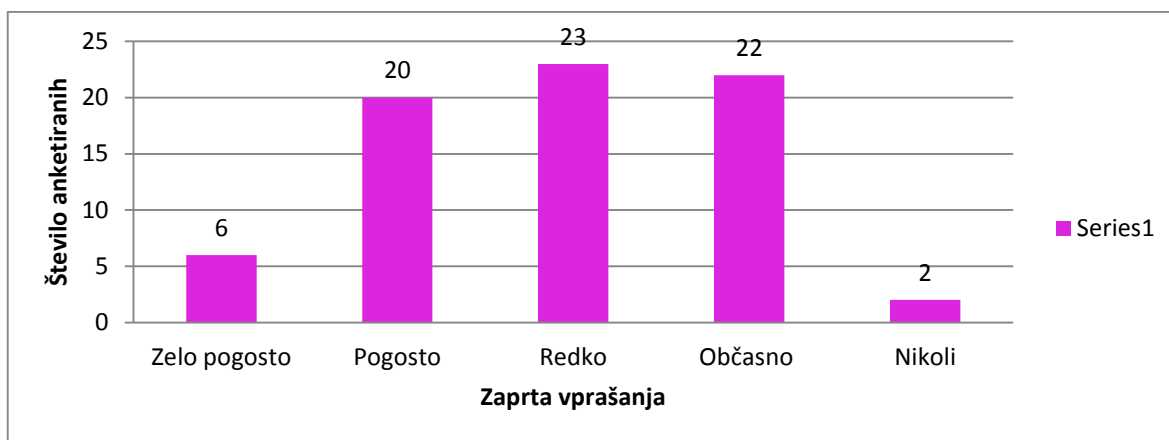
Slika 8: Uporabljanje moraliziranja pri pacientih.

Metodo moraliziranja pacientov (slika 8) zelo pogosto uporabljata 2 (2,7 %) osebi, pogosto 11 (15,1 %), redko 24 (32,9 %), občasno 26 (35,6 %) in nikoli 10 (13,7 %) oseb.



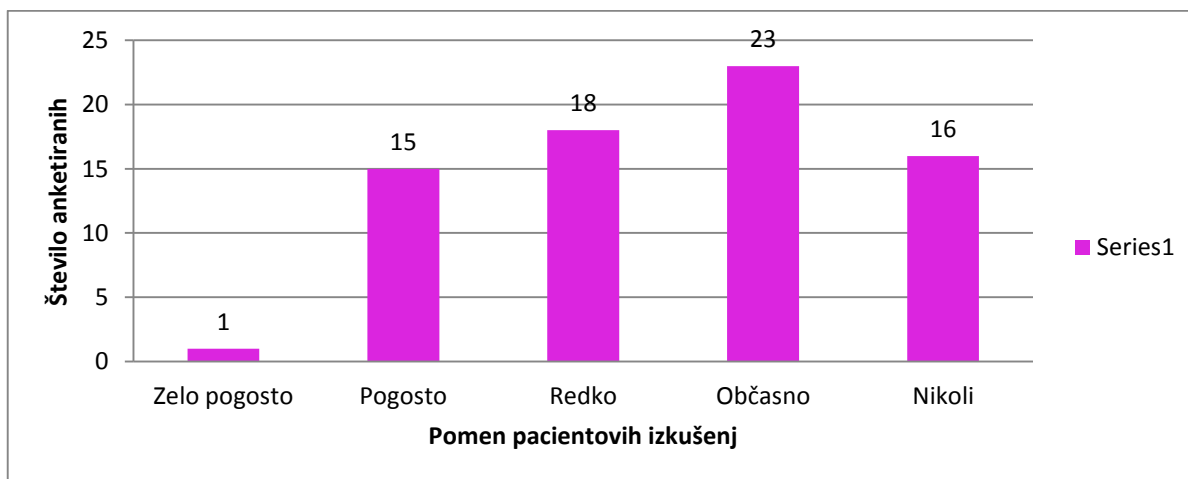
Slika 9: Dajanje lažnih pomiritev pacientom.

Na vprašanje, kako pogosto anketirani dajejo lažne pomiritve pacientom (slika 9), so 3 (4,1 %) odgovorili zelo pogosto, 9 (12,3 %) jih je odgovorilo pogosto, 18 (24,7 %) redko, 21 (28,8 %) občasno in 22 (30,1 %) nikoli.



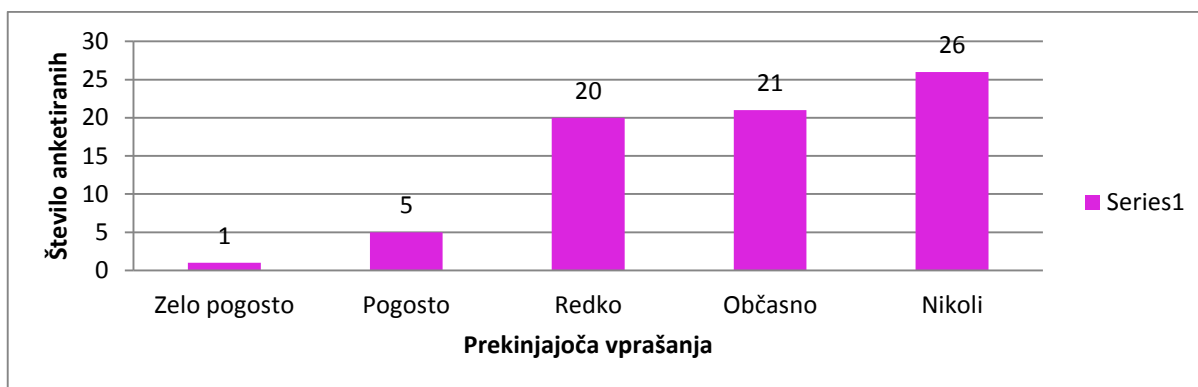
Slika 10: Uporaba zaprtih vprašanj pri komunikaciji s pacientom.

Med anketiranimi (slika 10) je 6 (8,2 %) oseb odgovorilo, da zelo pogosto pri komunikaciji s pacientom uporabljajo zaprta vprašanja, 20 (27,4 %) jih uporablja pogosto, 23 (31,5 %) redko, 22 (30,1 %) občasno in 2 (2,7 %) osebi nikoli.



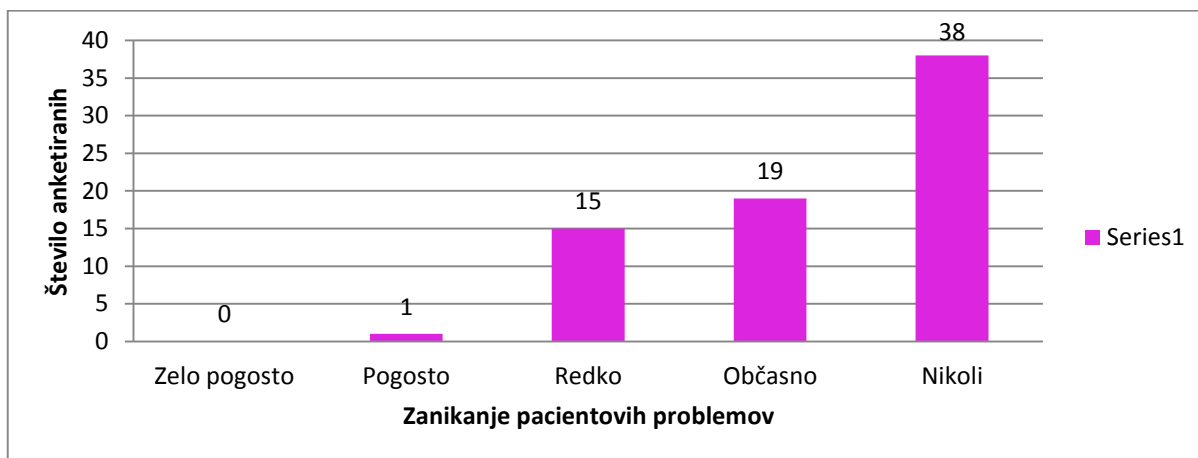
Slika 11: Zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj.

Zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj (slika 11) zelo pogosto uporablja 1 (1,4 %) anketirani, 15 (20,5 %) jih to naredi pogosto, 18 (24,7 %) redko, 23 (31,5 %) občasno in 16 (21,9 %) nikoli.



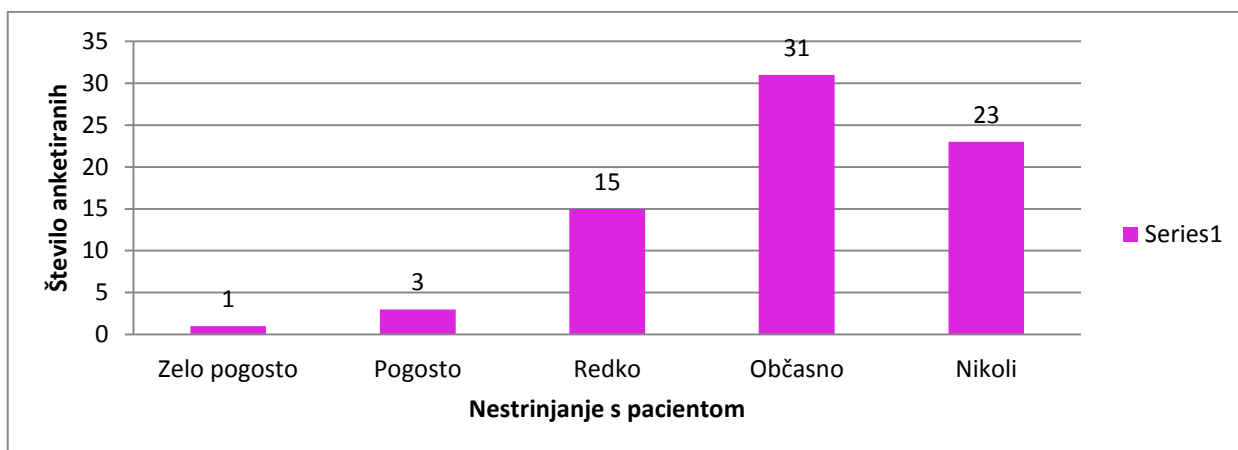
Slika 12: Prekinjajoča vprašanja pri terapevtski komunikaciji.

Vključevanje nepomembne teme v pogovor preden pacient prekine temo (slika 12) zelo pogosto uporablja 1 (1,4 %) oseba, pogosto 5 (6,8 %) oseb, redko 20 (27,4 %), občasno 21 (28,8 %) in nikoli 26 (35,6 %) oseb.



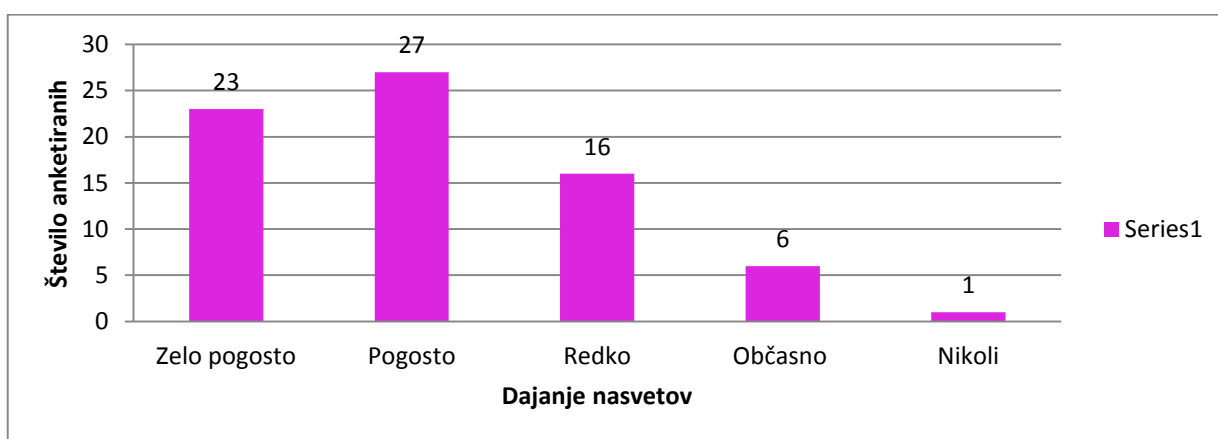
Slika 13: Zanikanje težav pri komunikaciji s pacientom.

Metodo zanikanja pacientovih težav (slika 13) pogosto uporablja 1 (1,4 %) anketirani, redko 15 (20,1 %) anketiranih, občasno 19 (26,0 %) in nikoli 38 (52,1 %) anketiranih.



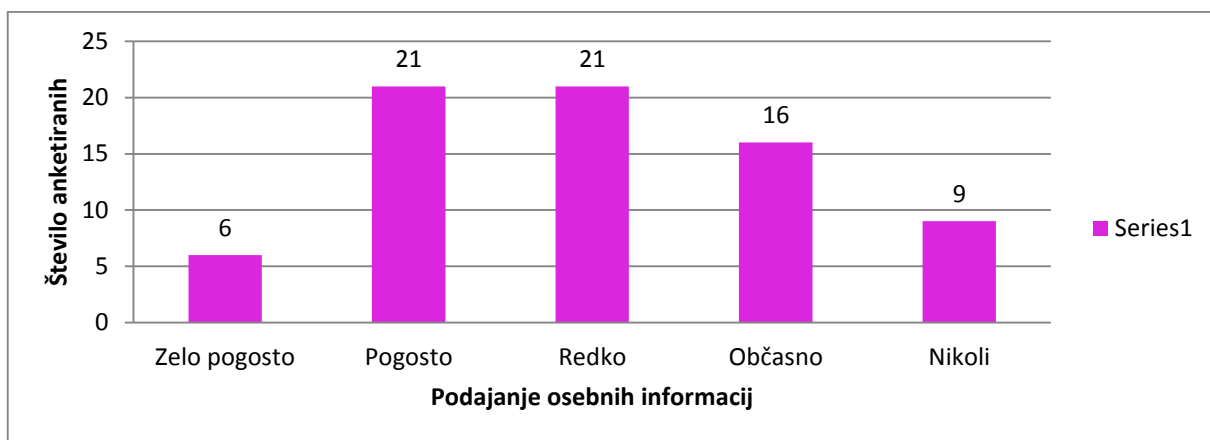
Slika 14: Nestrinjanje pri komunikaciji s pacientom.

Neposredno posredovanje nestrinjanja pacientu (slika 14) zelo pogosto uporablja 1 (1,4 %) oseba, pogosto 3 (4,1 %) osebe, redko 15 (20,5 %), občasno 31 (42,5 %) in nikoli 23 (31,5 %) oseb.



Slika 15: Uporaba svetovanja pri pacientu.

Metodo svetovanja in dajanja nasvetov (slika 15) glede na zdravstveno stanje pacienta zelo pogosto uporablja 23 (31,5 %) anketiranih, pogosto 27 (37,0 %) anketiranih, redko 16 (21,9 %), občasno 6 (8,2 %) in nikoli 1 (1,4 %) anketirani.



Slika 16: Socializacijski pogovor med komunikacijo s pacientom.

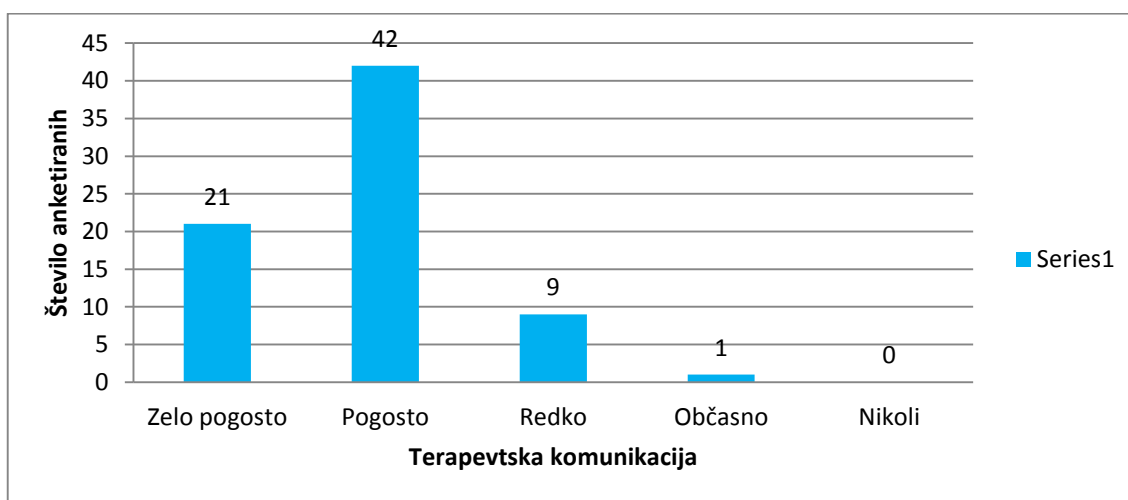
Socializacijski pogovor oziroma podajanje osebnih informacij (slika 16) zelo pogosto uporablja 6 (4,14 %) oseb, pogosto 21 (28,8 %), redko 21 (28,8 %), občasno 16 (21,9 %) in nikoli 9 (12,3 %) oseb.

6.3 Pogostost uporabe terapevtske komunikacije

Preglednica 8: Pogostost uporabe terapevtske komunikacije

Trditev	Aritmetična sredina	Minimum	Maksimum
Splošna ocena pogostosti uporabe terapevtske komunikacije pri pacientih	4,14	2,00	5,00

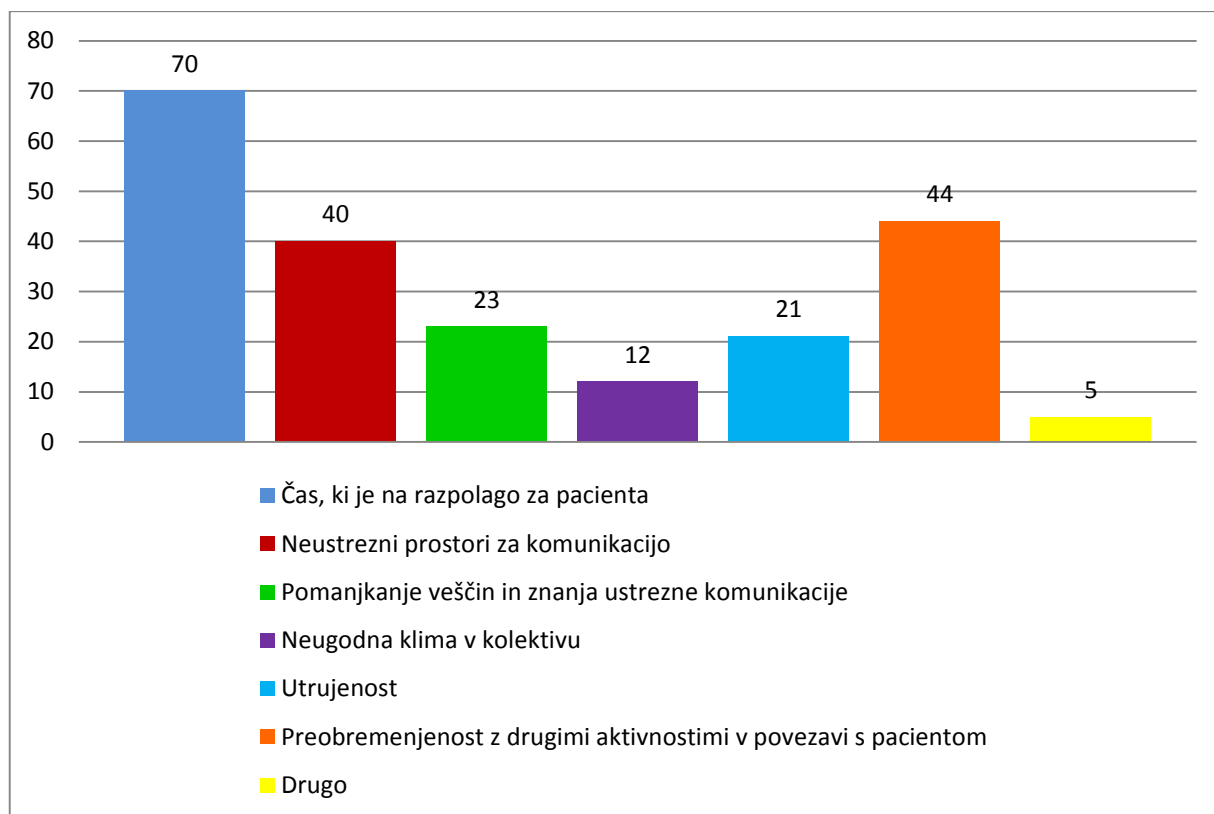
Na osnovi rezultata (preglednica 8) aritmetične sredine 4,14 lahko vidimo, da je uporaba terapevtske komunikacije med anketiranimi osebami pogosto uporabljena.



Slika 17: Splošna ocena pogostosti uporabe terapevtske komunikacije pri pacientih.

Iz grafa (slika 17) je razvidno, da terapevtsko komunikacijo med pogovorom s pacientom zelo pogosto uporablja 21 (28,8 %) anketiranih, 42 (57,5 %) jih uporablja pogosto, 9 (12,3 %) redko in 1 (1,4 %) anketirani občasno.

6.4 Vplivi na kakovost komunikacije



Slika 18: Dejavniki, ki najpogosteje vplivajo na kakovost komunikacije oziroma na stopnjo uporabe terapevtske komunikacije.

Kot najpogostejši moteči dejavnik (slika 18), ki vpliva na kakovost komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, je kar 70 (95,9 %) anketiranih navedlo, da je to čas, ki je na voljo za pacienta. Drugi najpogostejši dejavnik je preobremenjenost z drugimi aktivnostmi v povezavi s pacientom, kar lahko vidimo z odgovorom 44 (60,3 %) oseb. 40 (54,8 %) anketiranih je odgovorilo, da na kakovost komunikacije vplivajo neustrezni prostori, v katerih bi se s pacienti lahko pogovorili. 23 (31,5 %) vprašanih je pritrdilo, da jim primanjkuje znanja in veščin za ustrezno komunikacijo. Kot moteči dejavnik pri vzpostavitvi dobre in uspešne komunikacije je 21 (28,8 %) oseb izpostavilo utrujenost zaposlenih, 12 (16,1 %) jih je izpostavilo neugodno klimo v kolektivu, 5 (6,8 %) anketiranih pa je odgovorilo z drugo.

7 RAZPRAVA IN PREVERJANJE HIPOTEZ

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti in učinkovitosti uporabe terapevtske komunikacije pri pogovoru s pacientom. Razumejo, zakaj je potrebno nenehno učenje in poznavanje različnih tehnik komunikacije. Ugotovile so, da pravilna izbira tehnike komunikacije in ustrezni pristop pri pacientu zagotovita zaupanje in občutek varnosti, kar pa medicinskim sestram prinese veliko več potrebnih in pomembnih informacij o pacientu samem.

V raziskavo so bili vključeni tako ženske kot moški iz različnih zdravstvenih ustanov na vseh treh ravneh delovanja. V anketiranem vzorcu prevladuje ženska populacija: 59 (80,8 %) žensk in 14 (19,2 %) moških. Od tega je 29 (39,%) anketiranih srednjih medicinskih tehnikov oziroma zdravstvenih tehnikov, 42 (57,2 %) diplomiranih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov in 2 (2,7 %) magistra zdravstvene nege.

Hipoteza 1:

Predvidevamo, da večina medicinskih sester pri svojem delu uporablja terapevtsko komunikacijo. Hipotezo lahko v celoti potrdimo.

Pri vprašanju, kako bi splošno ocenili svojo komunikacijo s pacienti, s katerimi se srečujejo pri delu, smo z rezultatom aritmetične sredine 4,14 ugotovili, da je uporaba le-te pogosta. Ta podatek raziskave potrjuje našo prvo zastavljeno hipotezo, saj večina medicinskih sester pri svojem delu uporablja terapevtsko komunikacijo.

Hipoteza 2:

Medicinske sestre razumejo terapevtsko komunikacijo kot pomemben element v zdravstveni negi. Hipotezo lahko v celoti potrdimo.

Vprašalnik, ki smo ga oblikovali, je temeljil na lestvici, ki jo je v svoji knjigi (18) predstavila van Servellnova. Lestvico smo dopolnili z nekaterimi drugimi metodami in tehnikami, ki se uporabljajo v terapevtski komunikaciji in jih navaja sam avtor (18). Tako smo v empiričnem

delu raziskave zajeli naslednje metode in tehnike terapevtske in neterapevtske komunikacije (17, 18, 19):

- tišino kot obliko terapevtske komunikacije,
- dajanje priznanj in potrditev,
- prevajanje pacientovih misli v občutja in občutja v misli,
- usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju,
- povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim v pogovoru s pacientom,
- odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij,
- moraliziranje,
- lažna pomiritev pacienta,
- zaprta vprašanja,
- zmanjševanje pomena pacientovega doživljanja,
- prekinjajoča vprašanja,
- zanikanje pacientovih težav,
- nestrinjanje s pacientom,
- svetovanje,
- socializacijski pogovor.

Terapevtske metode in tehnike oziroma oblike komunikacije (uporaba tišine, dajanje priznanj in potrditev, usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju, povzemanje pacientovih misli in besed, odražanje lastnih zaznavanj glede pacientovih misli, občutenj in reakcij) so med anketiranimi pogosto uporabljene. Prav tako anketiranci pogosto uporabljajo tehniko prevajanja misli v občutja in občutja v misli, kar kaže, da ti pacientovo zdravstveno in splošno stanje pogosto občutijo kot lastno izkustvo. Neterapevtske metode in tehnike komunikacije, kot so moraliziranje, lažna pomiritev pacientov, uporaba zaprtih vprašanj, zmanjševanje pomena pacientovih izkustev, prekinjanje komunikacije z nevmesnimi vprašanji, zanikanje pacientovih težav, nestrinjanje s pacientom in socializacijski pogovor, so med anketiranci le redko ali občasno uporabljene. Tehnika svetovanja pacientom se med anketiranci pogosto uporablja, kar pa lahko predstavlja tudi vidik neterapevtske komunikacije,

če se svetovanje uporabi prezgodaj v procesu zdravljenja in če so nasveti podani s preveliko stopnjo intenzivnosti. Svetovanje je namreč predvsem v začetni stopnji slabše za ustvarjanje odnosa, povzroča previdnost pri pacientih, ki nočejo slediti nasvetom, povečuje odvisnost pacienta in zmanjšuje njegovo učenje, povzroča odpor, še posebej, če je podano na avtoritativen način, odvzame nadzor pacientu in njegovo odgovornost za dejanja (18).

Podatki te raziskave potrjujejo našo drugo zastavljeno hipotezo o razumevanja medicinskih sester o pomenu terapevtske komunikacije kot pomembnem elementu v zdravstveni negi.

Pri vprašanju, kateri dejavniki v delovnem okolju najpogosteje vplivajo na kakovost komunikacije, smo dobili rezultate, ki kažejo, da je ključna ovira terapevtske komunikacije čas, ki ga imajo zdravstveni delavci na voljo za pacienta. Po pogostosti motečih dejavnikov v komunikaciji si sledijo: preobremenjenost z drugimi aktivnostmi v povezavi s pacientom, neustrezni pogoji za komunikacijo, primanjkovanje veščin in znanja ustrezne komunikacije, utrujenost in neugodna klima v kolektivu.

Uporaba terapevtske komunikacije je med člani tima v zdravstveni negi pogosto uporabljena, kar je razvidno iz rezultatov anketnega vprašalnika in je v skladu s teorijo, ki jo opisujemo v prehodnem delu diplomske naloge. Lahko vidimo, da se zaposleni v zdravstveni negi zavedajo pomena uporabe in učinkovitosti uspešne komunikacije tako do pacienta kot v samem timu. Po opisu tehnike terapevtske in neterapevtske komunikacije lahko iz rezultatov vidimo, da sta tako ena kot druga pogosto uporabljene. Seveda je razvidno, da so tehnike terapevtske komunikacije pogosteje uporabljene, vendar tudi uporaba tehnik neterapevtske komunikacije ni zanemarljiva. Kot težavo pri tem bi lahko izpostavili, da so nekateri anketirani zatrdili, da jim primanjkuje veščin in znanja ustrezne komunikacije, kar lahko vodi do izbire nepravilne tehnike. Kot najpomembnejša in najučinkovitejša rešitev te težave bi bila pogostejša ozaveščanja medicinskih sester o različnih tehnikah terapevtske komunikacije.

S tem bi medicinske sestre pridobile oziroma obnovile znanje ter sebi in pacientu omogočile uspešnejšo, lažjo in produktivnejšo komunikacijo.

8 ZAKLJUČEK

Uspešna in pravilna komunikacija ter spoštljivi in zaupljivi medsebojni odnosi so tako v zdravstvenem timu kot tudi pri odnosu do pacienta eni najpomembnejših elementov v zdravstveni negi. Izrednega pomena so dobri odnosi, uspešen način komuniciranja ter uspešno in sprotno reševanje konfliktov, ki nastanejo med zaposlenimi v timu. Le taki odnosi vodijo k boljšemu vzdušju v timu, kar pa se občuti tudi pri delu s pacienti. Pacienti, ki začutijo pozitiven odnos med zaposlenimi, tem bolj zaupajo in s tem omogočijo zdravstvenemu osebju, da pridobi več pomembnih informacij, ki so pomembne za zdravje pacienta. Seveda pa je pomembno, da se zaposleni zavedajo, da je vsak pacient edinstven in potrebuje osebni pristop, za to pa so potrebna znanja veščin in tehnik komuniciranja ter izbira prave tehnike pri določenem pacientu.

Z raziskavo smo ugotovili, da večina medicinskih sester pri svojem delu pogosto uporablja terapevtsko komunikacijo in se zaveda pomena, da je pomemben element v zdravstveni negi. Raziskali smo tudi, kateri so najpogostejši vzroki, ki vplivajo na težave pri komunikaciji oziroma vplivajo na kakovost komunikacije. Na prvem mestu je bil izpostavljen čas, ki je na voljo za pacienta, nato sledijo preobremenjenost z drugimi aktivnostmi, neustrezni prostori za komunikacijo, pomanjkanje veščin in znanja ustrezne komunikacije, utrujenost in neugodna klima v kolektivu.

9 LITERATURA

1. Maček S. Teorija skrbi in komunikacija v timu zdravstvene nege [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2011.
2. Primožič B. Človeški vir v Agrokombinatu Maribor, d. d.– temelj poslovne odličnosti [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2007.
3. Mušič D. Timsko delo v zdravstvu. V: Filej B, Kersnič P, ur. 6. Mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2007: 593–598.
4. Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2010.
5. Borak N. Kriza in javni sektor. V: Borak N, ur. 11. Izobraževalni seminar o javnih financah in državnem revidiranju. Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije, 2009.
6. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. Strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester Slovenije. Zdravstveni obzornik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, 1992: 29–32.
7. Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, 2009: 4, 5, 7, 10, 119, 13, 23, 29.
8. SSKJ. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Spletna izdaja. Ljubljana: 2000 <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> < 2. 11. 2012 >.
9. Berlogar J. Organizacijsko komuniciranje: od konfliktov do skupnega pomena. 1. izd. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1999: 93, 98, 103, 105, 111.
10. Rungapadiachy Dev M. Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa. Ljubljana: Educy, 2003: 1, 20–30, 40–46, 251, 252.

11. Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege (2008). Terapevtska komunikacija. <http://www.zdravstvena.info/vszoj/terapevtska-komunikacija/> < 8. 1. 2013 >.
12. Uzman Iris (2003). Koncepti in veščine komunikacije. <http://www.leila.si/dokumenti/kom.pdf> < 8. 1. 2013 >.
13. Možina S, Tavčar M. I, Kneževič A. N. Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti. 2. izd. Maribor: Pivec, 2011: 16–21, 34.
14. Blažič M. Razsežnosti komunikacije: Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje, 2002: 15–18, 52–59.
15. Goldež S. Kakovostna komunikacija med medicinsko sestro in nosečnico v ginekološkem dispanzerju Splošne bolnišnice Maribor. V: Filej B, ur. 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 110–111.
16. Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999: 11–13, 43–45.
17. Van Servellen G. Communication skills for the health care professional: The nature of therapeutic communications. 2nd. ed. Sudbury (Ma): Jones and Bartlett, cop, 2009: 49–65.
18. Filipčič I. Komunikacija v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, letnik 32, številka 5/6. Zbornica zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene in babiške nege, 1998: 221–224.
19. NurseReview. Non therapeutic communication techniques. <http://www.slideshare.net/jben501/nurserevieworg-nontherapeutic-communication-techniques> < 21. 1. 2013 >.

20. Lloyd H, Hancock H, Campbell S. Principles of care: Principles of communication. Oxford: Blackwell cop, 2007: 72–75.
21. Čuk V. Komunikacija v zdravstveni negi. V: Trampuž R, ur. Komunicirajmo med seboj. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2005:11–15.
22. Lorber M. Timsko delo – dejavnik zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. V: Kolnik Š. T, Dvoršak M. S, Klemenc D, ur. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12.-14. maj 2011. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 42.
23. Jalen A, Kaučič M. B, Filej B. Identifikacija modelov in stilov vodenja na področju zdravstvene nege. V: Kolnik Š. T, Dvoršak M. S, Klemenc D, ur. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12.–14. maj 2011. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 185.
24. Koren M. Komunikacija med medicinskim sestrami in starši zdravljenih otrok [diplomsko delo]. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, 2009.
25. Kersnik J. Komunikacija: zdravnik, medicinska sestra, bolnik. Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci. Društvo ekonomistov v zdravstvu. Terme Laško – Thermana, 16.–17. oktober 2008: 42.
26. Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu. V: Filej B, Kučič B, Lahe M, Pajnkihar M. (ur). 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Zbornik referatov in posterjev. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 32–35.
27. Botwin M. D, Buss M, Shackelford T. Personality and mate preferences: Five factors in mate selection and marital satisfaction. Journal of Personality, 1997: 109, 111, 121.

28. Borak L. Sodelovanje in pomen odnosov v zdravstvenem timu. Splošna bolnišnica Celje. http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/322B.pdf <21. 1. 2013>.
29. Goleman D. Čustvena inteligenca na delovnem mestu. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2001: 235, 236.
30. Drev D. Medosebni odnosi v timu – razlika med teorijo in prakso. V: Sajtl B, Fludernik T, ur. Vpliv timskega dela in medsebojnih odnosov na stres in izgorevanje. Vojnik: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Psihiatrična bolnišnica, 2009: 42, 43.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Katarini Babnik za vso pomoč, nasvete in potrpežljivost pri nastajanju diplomske naloge.

Za končni pregled naloge se zahvaljujem recenzentki mag. Tamari Štemberger Kolnik.

Posebna zahvala gre staršem, ki so mi omogočili študij ter mi vlivali moč in pogum tako v času pisanja diplomske naloge kot med samim študijem.

In navsezadnje se zahvaljujem vsem, ki so na kakršen koli način vplivali na nastanek diplomske naloge.

PRILOGA

VPRAŠALNIK

Metode in tehnike terapevtske komunikacije

Spoštovani,

Anja Rebolj, študentka dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem, pripravljam pod mentorstvom doc. dr. Katarine Babnik diplomsko nalogo z naslovom Terapevtska komunikacija v zdravstveni negi. Prosim vas, da z izpolnitvijo vprašalnika sodelujete pri izvedbi raziskave, ki zajema analizo metod in tehnik terapevtske komunikacije ter pogostosti uporabe v zdravstveni negi. Vprašalnik je anonimen. Rezultati bodo prikazani na ravni celotne anketirane populacije.

Hvala za sodelovanje!

Anja Rebolj

SPOL: A) moški
B) ženski

STAROST: A) od 20 do 30 let
B) od 31 do 40 let
C) od 41 do 50 let
D) več kot 51 let

DELOVNA DOBA (skupna):
A) do 5 let
B) od 6 do 10 let
C) od 11 do 20 let
D) več kot 21 let

DELOVNA DOBA (v zdravstvu):
A) do 5 let
B) od 6 do 10 let
C) od 11 do 20 let
D) več kot 21 let

PODROČJE DELA:

A) primarni nivo zdravstvene dejavnosti (ne napišite imena zavoda, temveč vrsto zavoda): _____

B) sekundarni nivo zdravstvene dejavnosti (ne ime zavoda, temveč vrsta zavoda): _____

C) terciarni nivo zdravstvene dejavnosti (ne ime zavoda, temveč vrsta zavoda): _____

ZAKLJUČENA IZOBRAZBA:

A) srednja šola

B) visoka šola (1. bolonjska stopnja)

C) magisterij (2. bolonjska stopnja)

1. V nadaljevanju so navedene metode in tehnike terapevtske komunikacije. Prosim vas, da ocenite pogostost uporabe posamezne tehnike pri svoji komunikaciji s pacienti. Ocenjujete tako, da obkrožite ustrezno številko v tabeli, ki odraža oceno pogostosti.

TRDITVE	ZELO POGOSTO	POGOSTO	REDKO	OBČASNO	NIKOLI
Tišino kot obliko terapevtske komunikacije uporabljam ... (npr. pacientu dam čas, da opiše oziroma najde besede, s katerimi opiše svoje stanje/potrebe)	5	4	3	2	1
Dajanje priznanj in potrditev uporabljam ... (npr. strinjanje z vsebino, podporni odgovori, izražanje pozitivnih čustev itd.)	5	4	3	2	1
Prevajanje misli v občutja in občutja v misli uporabljam ... (npr. občutiti pacientovo počutje kot lastno izkustvo ali se vklopiti v čustveno stanje pacienta in ubesediti pacientova čustva in	5	4	3	2	1

občutja v komunikaciji s pacientom)					
Usmerjanje pacienta k razmišljanju o svojem zdravstvenem stanju uporabljam ... (npr. spodbujati pacienta, da razume in razmišlja o svojem zdravstvenem stanju, išče rešitve k izboljšanju zdravstvenega stanja in življenja)	5	4	3	2	1
Povzemanje in oblikovanje ugotovitev, ki jih pridobim v pogovoru s pacientom, uporabljam ... (npr. medicinska sestra povzame zaključke, kaj je za pacienta najpomembnejše)	5	4	3	2	1
Odražanje lastnega zaznavanja glede pacientovih misli, občutenj in reakcij uporabljam ... (npr. zaznavanje, doajmanje oziroma potrditev medicinske sestre, da razume, kar ji pove pacient)	5	4	3	2	1
Moraliziranje pri pacientih uporabljam ... (npr. sklepanje, da pacient nima prav in podajanje splošno sprejetih naukov)	5	4	3	2	1
Lažne pomiritve pacientom dajem ... (npr. prepričevanje pacienta, da bo bolje, čeprav njegovo zdravstveno stanje tega ne potrjuje)	5	4	3	2	1
Zaprta vprašanja pri komunikaciji s pacientom uporabljam ... (npr. postavljanje vprašanj, na katera je mogoče odgovoriti le z dvema ali tremi besedami)	5	4	3	2	1

Zmanjševanje pomena pacientovih izkušenj uporabljam ... (npr. prepričevanje pacienta, da je njegovo stanje pogosto pri ljudeh v takem položaju)	5	4	3	2	1
Prekinjajoča vprašanja pri terapevtski komunikaciji uporabljam ... (npr. vključevanje nepomembne teme v pogovor, preden pacient prekine temo)	5	4	3	2	1
Zanikanje težav uporabljam ... (npr. pacientove težave zanikamo ali minimiziramo)	5	4	3	2	1
Nestrinjanje pri komunikaciji s pacientom uporabljam ... (npr. medicinska sestra se ne strinja s pacientom in to neposredno pove pacientu)	5	4	3	2	1
Svetovanje pri pacientu uporabljam ... (dajanje nasvetov, kakšno je ustrezno in pričakovano ravnanje glede na zdravstveno stanje)	5	4	3	2	1
Socializacijski pogovor med komunikacijo s pacientom uporabljam ... (npr. klepet oziroma podajanje osebnih informacij)	5	4	3	2	1

2. Terapevtska komunikacija je medosebna izmenjava z uporabo besednih ali nebesednih sporočil, ki odraža podporo, zagotavlja informacije, povratne informacije ter zagotavlja upanje in zaupanje. Na splošno, kako bi ocenili svojo komunikacijo s pacienti, s katerimi se srečujete pri svojem delu, glede na stopnjo uporabe terapevtske komunikacije (obkrožite ustrezno oceno).

Terapevtsko komunikacijo uporabljam zelo pogosto 5	Terapevtsko komunikacijo uporabljam pogosto 4	Terapevtsko komunikacijo uporabljam občasno 3	Terapevtsko komunikacijo uporabljam redko 2	Terapevtske komunikacije ne uporabljam 1
---	--	--	--	---

3. Kateri dejavniki v delovnem okolju najpogosteje vplivajo na kakovost komunikacije oziroma na stopnjo uporabe terapevtske komunikacije? (Možnih je več odgovorov.)

- A) Čas, ki ga imam na voljo za pacienta.
- B) Neustrezni prostori za komunikacijo (ropot, pomanjkanje zasebnosti).
- C) Pomanjkanje veščin in znanja ustrezne komunikacije.
- D) Neugodna klima v kolektivu.
- E) Utrujenost.
- F) Preobremenjenost z drugimi aktivnostmi v povezavi s pacientom.
- G) Drugo, navedite:
